

# LAVAL MÉDICAL

*VOL. 3*

*N° 6*

*JUIN 1938*

## MÉMOIRES ORIGINAUX

### LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PARALYSIES

#### RADIALES

par

**Charles VÉZINA**

*Chef de service à l'Hôtel-Dieu*

**Paul GARNEAU**

*Chef de clinique à l'Hôtel-Dieu*

et

**L.-Ph. ROY**

*Assistant à l'Hôtel-Dieu*

La malade que nous vous présentons ce soir nous a été adressée par un confrère, en juillet 1936, pour une paralysie radiale droite complète.

Mademoiselle Y. B. est ménagère de son métier et on ne relève rien dans ses antécédents personnels et héréditaires.

L'accident, cause de sa paralysie, remonte au 22 août 1933. Elle reçoit alors une balle qui pénètre sur la face externe du bras droit, à quatre travers

de doigt au-dessus du coude pour sortir légèrement plus haut à la face interne et aller effleurer le gril costal. Aussitôt la malade constate des mouvements anormaux de son membre au niveau de la blessure ; son bras est impotent. Elle n'a pas remarqué tout de suite l'état des mouvements de sa main. Elle est transportée dans un hôpital et on lui installe un appareil à traction sur son humérus droit fracturé au tiers inférieur. Des pansements sont faits sur les plaies.

Alors la malade remarque que sa main droite est tombante, qu'elle ne peut la relever.

Après 34 jours d'hospitalisation, la plaie est guérie, la malade quitte l'hôpital. Elle se fait traiter durant sept mois par un rebouteur qui lui fait une immobilisation relative du bras et du massage.

En mai 1934, elle a récupéré tous ses mouvements mais sa main est toujours tombante.

En octobre 1934, soit 14 mois après l'accident, elle consulte un médecin à Nashua qui décide de l'opérer. Celui-ci nous écrit avoir constaté une section quasi complète du radial. Son intervention a consisté à libérer de la sclérose environnante les deux bouts du radial et à interposer une bande aponévrotique entre l'os et le radial sectionné. Une prothèse métallique immobilisant la main en position de fonction est alors prescrite.

De février 1935 jusqu'en juin, de la physiothérapie et du massage améliorent la musculature du bras mais la main reste dans le même état. La malade revient alors au Canada, continue le port de son appareil jusqu'en juillet 1936 alors qu'elle voit un confrère qui nous l'adresse.

Les constatations faites alors, soit trois ans après l'accident, sont les suivantes :

*Au bras* : orifices d'entrée et de sortie de la balle, cicatrice opératoire. Pas d'atrophie, aucun trouble.

*A l'avant-bras* : atrophie prononcée des masses musculaires innervées par le radial, conservation de la sensibilité et de la force à peu près complète. Prosupination difficile mais possible.

*La main* est « tombante », un peu froide et cyanotique. Impossibilité complète d'étendre le poignet en extension, de relever les doigts. Atrophie marquée de l'éminence thénar. Abduction du pouce impossible. Sensibilité normale partout à la chaleur et au froid.

Une radiographie nous montre une fracture bien consolidée du tiers inférieur de l'humérus avec cal normal. L'examen électrique des masses innervées par le radial nous montre une dégénérescence incomplète.

Nous proposons alors une transplantation tendineuse ; la malade accepte et, le 10 décembre 1936 elle est opérée.

Sous anesthésie générale à l'éther, l'avant-bras en supination, nous avons sectionné le grand et le petit palmaire au niveau du ligament annulaire du carpe. L'extrémité distale du grand palmaire est suturée en boutonnière au fléchisseur profond des doigts.

Les bouts proximaux des deux tendons sont alors passés à travers la membrane interosseuse, au-dessus du ligament annulaire.

Dans un troisième temps, l'avant-bras en pronation, nous avons suturé le petit palmaire au long extenseur du pouce, le grand palmaire à l'extenseur propre de l'index.

Enfin dans un quatrième temps opératoire, nous avons transposé le cubital antérieur par voie sous-cutanée jusqu'à la face dorsale en contournant le cubitus et nous l'avons suturé à l'extenseur commun des doigts.

Après dix jours d'immobilisation, la main en extension, les mouvements passifs d'abord puis actifs ensuite ont été commencés.

En janvier, en avril et en juin la malade a suivi trois séries de traitements électriques de quinze séances chacune.

*Actuellement* la main se tient en extension, les doigts étendus, sans doute par la tension des tendons transplantés, car il ne semble pas y avoir d'extension réelle. Cependant, la main fermée, on voit un léger mouvement extensif.

Le pouce n'a rien récupéré, l'index agit bien. Les troubles vasomoteurs sont disparus. La prosupination se fait facilement.

Nous avouons que le résultat opératoire, onze mois après, est loin d'être parfait ; il faut cependant tenir compte que l'intervention a été faite exactement trois ans quatre mois après l'accident. Nous sommes tombés sur des tendons, surtout le long extenseur du pouce, très flasques et mal nourris.

Tout de même la malade se dit satisfaite ; elle n'a plus à porter un appareil qui devient encombrant : elle peut se servir beaucoup mieux de sa main et faire quantité de petits travaux du ménage qu'elle ne pouvait exécuter auparavant.

L'idée de remplacer un tendon paralysé en l'anastomosant avec un tendon intact n'est pas neuve, elle date de Missa en 1770. Malgaigne, Tillaux, Rochaz l'ont utilisée. Dès 1900, Vulpius rapportait 160 cas. Depuis, en Allemagne, en Italie, aux États-Unis la transplantation est souvent utilisée.

Le traitement des paralysies par la transplantation tendineuse trouve son indication par l'échec des réparations nerveuses. C'est un traitement simple qui devrait être appliqué plus souvent chez les blessés anciens. On devrait aussi l'utiliser, selon Huc et Iselin, tout de suite après la suture nerveuse sans en attendre le résultat car l'opération permet le mouvement des articulations, diminue les troubles trophiques et surtout permet aux antagonistes de travailler. Si la suture nerveuse est couronnée de succès, la récupération fonctionnelle en est facilitée, si au contraire il y a échec l'anastomose tendineuse a été faite dans des conditions infiniment meilleures que si l'on avait attendu des mois afin d'être plus sûr de la réalité de l'échec.

Nous ne décrirons pas les techniques utilisées soit par Franke, Gothr, Hoffa, soit par Axhansen, Gesner, Perl ou par Hass, Lexer et Jones. Nous avons suivi celle décrite dans le numéro d'avril 1936 des Archives Italiennes de Chirurgie par Giuliani. En effet, si on utilise le grand et le petit palmaire, innervés par le médian, leur disparition ne se fait pas sentir dans la flexion du poignet qui est assurée par le fléchisseur ; de même le cubital antérieur, innervé par le cubital, peut très bien être supprimé.

Une bonne transplantation tendineuse doit respecter l'anatomie normale du muscle lui-même, de son appareil de glissement, de son mode d'insertion sur l'os et de la tension de ses fibres contractiles.

Le muscle et le tendon qui lui fait suite sont en tout inséparables. Si l'on transplante un muscle, il faut que ce soit en entier.

Quant à l'intégrité de l'appareil de glissement, tous les auteurs admettent avec Léo Mayer qu'un des facteurs les plus importants pour la réussite d'une transplantation est que le tendon transplanté puisse glisser librement. Les adhérences du tendon transplanté sont considérées comme la cause d'échec la plus habituelle de la transplantation. (Biesalski, Lange, Jones).

Quels sont les moyens à prendre pour éviter ces adhérences ? De nombreuses tentatives expérimentales ont été employées pour créer un organe de glissement : nous ne ferons que mentionner que les membranes artifi-



cielles faites par exemple avec une vessie de poisson fixée dans le formol, avec une gaine de papier (Lange), ou du parchemin (Pitzen) ; mais le lambeau graisseux libre, le lambeau de fascia pédiculé sont des procédés plus physiologiques, qui méritent notre attention. Mayer a imaginé de faire cheminer le tendon transplanté dans la gaine synoviale du tendon paralysé. C'est une technique de grande minutie.

Un autre élément du succès est la bonne irrigation sanguine du tendon transplanté. La disposition des vaisseaux varie avec les muscles et ceci joue un rôle dans l'aptitude que les différents tendons présentent à être transplantés. La direction nouvelle donnée au tendon doit être l'objet de soins particuliers. Pour Lange, le succès de la transplantation dépend en partie de la direction donnée au tendon à transplanter. Il faut que, dans sa moitié périphérique, distale ou terminale, le transplant ait exactement la direction du muscle qu'il remplace.

Le mode de fixation du tendon à son point d'insertion nouveau compte aussi beaucoup. La fixation transosseuse est celle qui paraît assurer la meilleure adhérence à l'os ; c'est, au membre inférieur quasi le seul procédé employé aujourd'hui. Au membre supérieur on ne peut se comporter toujours ainsi. Chez notre malade nous nous sommes servi de catgut chromique n° 1 et nous avons fait une suture en boutonnière sur le tendon même.

Une autre difficulté technique est le degré de tension à donner aux muscles transplantés. Selon Stoffel, cette tension provient de deux éléments : l'un passif, les fibres élastiques du muscle ; l'autre actif, la substance contractile qui donne le tonus musculaire que l'on supprime par l'anesthésie générale. Mayer nous dit que suturer sous tension trop faible c'est commettre une faute aussi grande que d'exercer une traction trop forte. La plupart des orthopédistes s'en tiennent à la formule de Lange : mettre le membre en correction extrême et fixer le muscle transplanté sous une légère tension.

Quant à l'adaptation fonctionnelle du muscle transplanté, Scherb a consacré à ce sujet de longs et minutieux travaux. Il a établi qu'il existe une différence complète dans la cinétique des muscles au niveau du membre supérieur et au niveau du membre inférieur.

Au membre supérieur, l'automatisme joue dans des proportions insignifiantes ; on peut transplanter quasi n'importe quel muscle, dans n'importe quelle situation, le muscle transplanté accomplira toujours le mouvement que l'on attend de lui. Il n'en est pas ainsi du membre inférieur où la cinétique musculaire est bivalente.

Lorsque l'opération est terminée, il faut maintenir la correction par une attelle plâtrée pendant dix jours ; alors on peut commencer la mobilisation passive d'abord, active ensuite. L'électrothérapie trouve véritablement son indication dans le traitement post-opératoire, surtout sous forme de courant faradique ondulé.

Il semble donc que ces opérations de transplantations tendineuses, sans donner de *restitutio ad integrum*, améliorent souvent les blessés et n'augmentent jamais leur infirmité.

Il y a donc lieu de s'en servir plus souvent car il est surprenant de voir combien peu de paralysies sont traitées ainsi, malgré leur fréquence.

---

**BRONCHECTASIES ET TUBERCULOSE PULMONAIRE**  
**CHEZ UN CARDIAQUE**

par

**Roland DESMEULES**

*Directeur médical à l'Hôpital Laval*

et

**Richard LESSARD**

*Chef de clinique à l'Hôtel-Dieu*

---

Les bronchorrhées purulentes offrent fréquemment d'intéressants problèmes didactiques et thérapeutiques. L'observation que nous avons le plaisir de vous présenter ne manque pas d'aperçus instructifs ; vous pourrez d'ailleurs en juger par vous-mêmes.

**OBSERVATION**

Philippe C., âgé de 21 ans, est admis le 21 juillet 1937 dans le service du docteur Desmeules pour toux et expectoration. Il a été d'ailleurs plus spécialement dirigé vers l'Hôpital Laval par son médecin pour y subir une intervention chirurgicale.

Les antécédents familiaux et collatéraux du sujet sont absolument négatifs. Ses parents sont en bonne santé, de même que ses trois frères et ses quatre sœurs. Il n'y a aucun tousseur chronique dans la famille.

L'étude des antécédents personnels de Philippe C. révèle qu'il a eu la coqueluche à deux ans, la rougeole à onze ans et qu'il a présenté, à l'âge

de cinq ans, au niveau de la région sus-malléolaire externe de la jambe gauche une infection suppurée, étiquée tuberculose osseuse par le médecin traitant.

Cultivateur de son métier, il doit s'aliter tous les printemps et toutes les automnes pour des poussées fébriles qu'il qualifie de « gripes ».

Au printemps de 1935, il présente un nouvel épisode infectieux grippal ? qui l'immobilise deux mois avec de la température et de la toux qui revêt un important caractère de tenacité. En août 1935, l'expectoration apparaît purulente d'emblée et persiste telle quelle jusqu'à ce jour. L'expectoration est selon les dires du malade plus abondante le matin et, certains jours, elle acquiert véritablement une telle abondance qu'on peut parler à bon droit de pseudo-vomiques. L'odeur de l'expectoration est fétide et peut assez bien se comparer à l'odeur du gaz d'égout. Les crachats sont franchement purulents, parfois striés de sang, mais il ne paraît pas y avoir eu d'hémoptysies. Des points de côté variables comme siège et comme intensité complètent le tableau clinique.

En plus, le malade nous raconte qu'il s'essouffle facilement et que le soir, après une journée de travail un peu pénible, il a remarqué de l'œdème à ses malléoles.

#### EXAMEN

Lorsque nous sommes appelés à l'examiner le 22 octobre 1937, Philippe C. est hospitalisé depuis trois mois.

Nous sommes en présence d'un individu jeune, d'apparence générale médiocre, type longiligne. Il mesure cinq pieds et onze pouces, son poids n'est que de 139 livres, et il a déjà engraisé de 20 livres.

Les réflexes pupillaires sont normaux, on note un certain degré de strabisme convergent. La pupille gauche est plus grande que la pupille droite. Il y a du côté gauche une rougeur marquée de la pommette. La denture est en bonne condition, la gorge est normale et le corps thyroïde à peine palpable.

L'examen thoracique permet de faire les constatations suivantes :

##### 1° *Du côté de l'appareil cardio-vasculaire :*

Le cœur bat régulièrement à 85 par minute. On entend au niveau de la pointe un souffle holosystolique qui ne varie pas avec la position du malade ou la cessation de la respiration et qui se propage vers la région

axillaire ; il s'agit évidemment d'une insuffisance mitrale. La pression artérielle est de 130/85.

2° *Du côté de l'appareil respiratoire :*

L'hémithorax gauche est moyennement rétracté par rapport au côté droit, les vibrations vocales et la sonorité thoracique semblent à peu près normales. L'auscultation met en évidence de nombreux signes adventices bilatéraux, sous formes de râles sibilants, ronflants et sous-crépitants, prédominant aux bases.

L'examen abdominal est absolument normal. La rate est percutable sur un travers de doigt, le foie n'est pas hypertrophié. Le système nerveux est en tous points indemne.

Les extrémités des membres sont nettement touchées. Il y a au niveau des doigts des mains et des pieds de l'hippocratisme manifeste et les ongles sont déformés en verres de montre. Les pédieuses et les tibiales postérieures sont aisément perçues, et on note la présence d'un oedème malléolaire mou sur lequel la pression digitale imprime un godet persistant.

*En résumé*, à ce point de l'observation, on voit qu'il s'agit d'une bronchorrhée purulente chez un mitral.

#### DIAGNOSTIC

Si l'on veut dès maintenant discuter le diagnostic lésionnel, on peut systématiquement éliminer deux affections assez fréquentes d'ailleurs en matières de suppurations pulmonaires : la gangrène pulmonaire et l'abcès du poumon.

*La gangrène du poumon* a un début beaucoup plus brutal, les crachats sont d'emblée fétides, ont une véritable odeur de charogne, alors qu'ici l'odeur est beaucoup plus discrète ; enfin dans la gangrène pulmonaire, les lésions sont unilatérales dans l'immense majorité des cas.

*L'abcès du poumon.* L'abcès chronique du poumon ne siège que dans un seul côté de la poitrine et les signes stéthacoustiques dans l'observation précitée sont aussi marqués dans un champ pulmonaire que dans l'autre.

Il ne peut s'agir ici que de dilatations bronchiques ou de tuberculose pulmonaire.

*La dilatation des bronches.* Le diagnostic clinique de dilatation des bronches est sûrement celui qui peut être défendu le plus aisément. Il s'agit

d'un individu avec un long passé pulmonaire et une expectoration importante avec pseudo-vomiques — l'expectoration mesurée a même atteint 210 c. c. par 24 heures. Les signes auscultatoires ont leur foyer maximum dans les régions déclives du poumon.

La bronchorrhée purulente a donc une origine bronchectasique.

*La forme des dilatations bronchiques* peut être aussi à peu près précisée à l'avance sans le secours de la radiologie. En effet, dans une communication déjà ancienne à l'Académie de Médecine, Messieurs SERGENT et J.-B. JOBIN nous ont appris que les bronchectasies fétides concordaient avec des images sacciformes ou avec des images ampullaires de grande dimension.

Le malade qui fait le sujet de cette observation doit donc présenter des bronchectasies bilatérales de type ampillaire ou sacciforme.

*La tuberculose pulmonaire.* Et il reste enfin le diagnostic de tuberculose pulmonaire. En matières de suppurations pulmonaires, le spectre de la bacillose doit toujours hanter l'esprit du clinicien, soit pour l'éliminer, soit pour y souscrire. L'hypothèse d'un fond bacillaire ne pouvait être complètement mise de côté, vu la localisation osseuse que le malade a présentée à l'âge de cinq ans, et la longue évolution de cette ostéite qui a suppuré durant une année complète. La suite de l'observation vous montrera que nous n'avions pas tort de ne pas être trop affirmatifs.

#### EXAMENS DE LABORATOIRE

Les urines examinées sont normales à tous points de vue.

Le Bordet-Wassermann et le Kahn sont négatifs dans le sang.

La numération globulaire révèle une anémie modérée :

Globules rouges : 3,704,000

Hémoglobine : 90%

Valeur globulaire : 1,21

Globules blancs : 16,428

Formule leucocytaire : neutrophiles 58%, lymphocytes 27%, moyens mononucléaires 14%, éosinophiles 1%.

La sédimentation globulaire est élevée :

120 mm. le 23 juillet 1937,

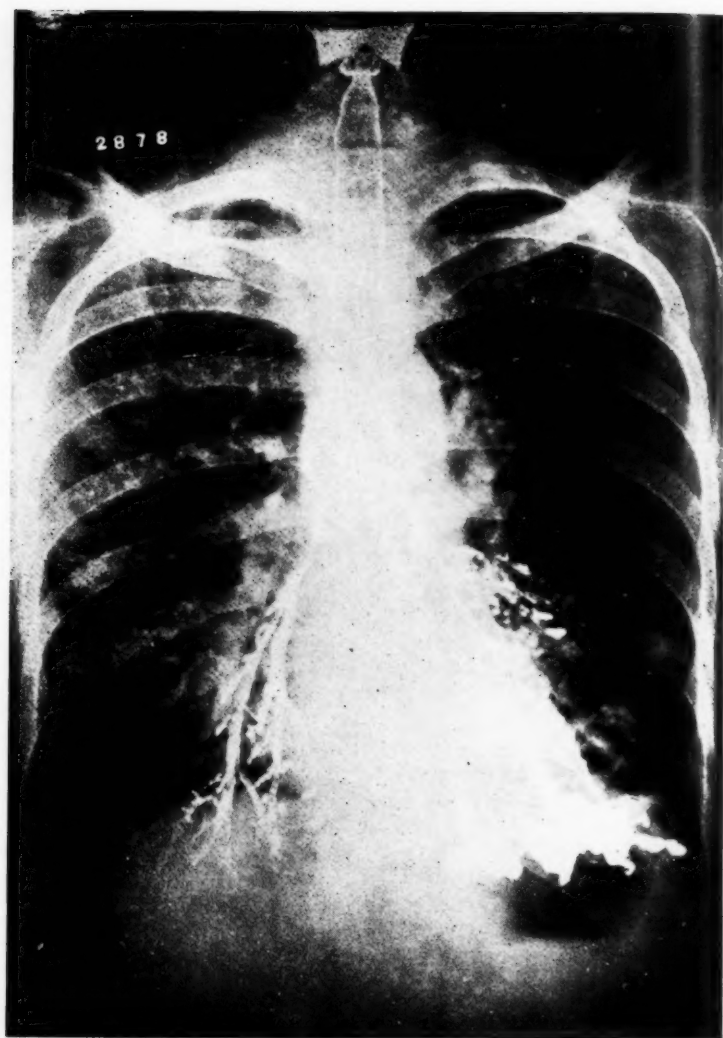
92 mm. le 20 octobre 1937.

por-  
teint  
num

écisée  
muni-  
J.-B.  
c des  
nsion.  
senter

culcse  
de la  
miner,  
t être  
a pré-  
ppuré  
a que

oyens



**Radiographie prise après injection intra-trachéale de lipiodol**



29

rou

me

le

rés

de

bro

la

des

à u

et

*bac*

*bac*

qu

pré

chu

ma

de

inf

et

l'o



L'examen bactériologique complet des expectorations a été fait le 29 juillet 1937 :

Examen direct : polynucléaires désagrégés (pus).

Coloration de gram : microbes peu abondants.

a) cocci : gram positif.

b) bâtonnets : gram négatif.

Coloration de Fontana-Tribondeau : pas de spirilles.

Ensemencement :

Bouillon : staphylocoques et streptocoques.

Gélose : pneumocoques, bacilles gram positif, bâtonnets gram négatif.

Soit une flore microbienne polymorphe.

Après homogénéisation en série, la recherche du bacille de Koch a toujours été *négative* à date, soit le 22 octobre 1937.

La radiographie des poumons du 22 juillet 1937 donne un aspect fortement tacheté des deux régions hilaires et bronchiques. Le 28 juillet 1937, le docteur Jules Gosselin fait une bronchographie transnasale qui donne le résultat suivant (figure) : Dilatations sacciformes formidables au niveau de l'arbre bronchique inférieur gauche. Dilatations cylindriques de l'arbre bronchique droit.

On décide cependant de pousser plus loin les investigations. Malgré la recherche négative du bacille de Koch, après homogénéisation le chef des laboratoires inocule le 21 octobre 1937 les produits de l'expectoration à un cobaye. Six semaines plus tard, le 3 décembre 1937, le cobaye meurt et présente à l'autopsie une tuberculose de type Villemin avec *présence de bacilles de Koch dans les viscères*.

On peut se demander s'il ne s'agit pas dans cette observation d'un bacille de sortie ou d'une infection surajoutée, mais il semble plus probable qu'on a affaire à des bronchectasies développées chez un tuberculeux fibreux, présentant en plus une cardiopathie valvulaire mitrale. Les endocardites chroniques ne prédisposent généralement pas aux dilatations bronchiques, mais le vieux fond bacillaire du sujet n'a pas dû rester étranger à la genèse de la bronchectasie. L'arbre bronchique déjà fragilisé n'a pu résister aux infections broncho-pulmonaires subaiguës et itératives dont il a été l'objet et qui ont fini par disloquer l'armature bronchique avec les résultats que l'on peut voir.

## PRONOSTIC

Le pronostic en l'occurrence nous paraît assez sévère pour les raisons que nous allons maintenant passer en revue.

Ce malade est porteur de dilatations bronchiques bilatérales et entaché de tuberculose pulmonaire. Il y a en plus la lésion mitrale qui doit entrer en ligne de compte.

Étudions systématiquement ces trois facteurs :

1° *Le facteur bronchectasique* : C'est très probablement le moins grave des trois. La dilatation des bronches permet une longue survie, et l'état général demeure longtemps satisfaisant à moins de complications surajoutées. Il y a même des exemples classiques : celui de la maîtresse de piano cité par LAËNNEC et celui du cocher CHOPINET dont on trouve l'histoire tracée par le même auteur ; tous deux moururent à un âge avancé, malgré d'importantes dilatations bronchiques décelées par l'autopsie.

2° *L'infection tuberculeuse* : Surajoutée ou concomitante, l'infection tuberculeuse n'est pas sans assombrir le pronostic en pareilles circonstances. L'association de bacillose et de bronchectasie limite singulièrement les possibilités que le sujet pourrait avoir de récupérer un état de santé satisfaisant.

3° *La lésion endocarditique* : Il existe il est vrai la possibilité toujours à craindre d'une cardite évolutive ou d'une poussée d'endocardite aiguë. Cependant le danger ne paraît pas être de ce côté. En effet, la lésion mitrale du sujet paraît plus ou moins bien tolérée. La décompensation n'est pas loin. L'œdème malléolaire traduit l'insuffisance myocardique et la sclérose pulmonaire fatiguera le cœur droit dans une période de temps qu'il est peut-être difficile de préciser à l'avance mais qui ne paraît pas devoir être bien éloignée.

Le pronostic est donc sérieux et doit plus spécialement orienter et diriger la thérapeutique.

## TRAITEMENT

Ce n'est pas notre intention de faire une étude thérapeutique d'ensemble de la dilatation bronchique. Nous avons cru plus pratique, dans cette présentation que nous avons voulu à dessein strictement clinique, d'envisager ce qu'il était préférable de faire dans l'observation précitée.

C'est pourquoi nous éliminons d'emblée tous les traitements chirurgicaux préconisés contre les bronchectasies. Ils ont leurs indications précises, et dans ce cas, les facteurs tuberculeux et cardiaque associés ne permettent pas d'escompter qu'un effort chirurgical quel qu'il soit pourra réussir à les modifier. Le malade qui est sur la limite de la décompensation myocardique n'est pas en général un bon « risque opératoire », surtout si l'intervention proposée a pour siège les organes thoraciques.

La thérapeutique médicale qui vise à agir sur les sécrétions, à les évacuer, à les tarir, qui cherche à modifier les parois bronchiques trouve ici sa pleine indication.

C'est d'ailleurs celle que le malade a suivie. On lui a donné selon la technique modifiée de GOLDKORN du benzoate de soude à 10% en injections intra-veineuses avec un résultat très satisfaisant. Les expectorations ont diminué, la féridité a disparu et le malade a accusé un mieux sensible.

Il nous semble que c'est dans ce sens que l'effort thérapeutique doit porter. On pourra alterner chez lui le benzoate de soude avec l'alcool en injections endo-veineuses qui a aussi de bons succès à son crédit, et si les expectorations viennent à augmenter, combiner la cure de soif de QUINCKE avec la cure de déclivité de BARD qui trouvent alors leurs indications.

Il faudra bien entendu ne pas perdre de vue que nous nous trouvons en présence d'un bacillaire et surtout d'un cardiaque dont le myocarde est fléchissant.

Avant de terminer cette esquisse thérapeutique, il n'est pas sans intérêt de signaler que récemment deux auteurs américains BERCK et HARRIS ont montré les excellents effets de la radiothérapie profonde dans les bronchectasies. Ils ont traité avec succès trente malades. L'amélioration a porté sur les signes fonctionnels : toux et expectoration, et surtout ils ont noté une diminution remarquable et inespérée de l'hippocratisme digital dans les cas où ce symptôme était présent. L'un de nous avait déjà dans un travail antérieur considéré l'hippocratisme digital « comme un témoin fidèle qui renseigne nettement sur l'évolution de la lésion pulmonaire dont il n'est qu'une manifestation extérieure ».

Quoiqu'il en soit, il semble que la radiothérapie profonde ait une action directe sur les processus inflammatoires chroniques. Après les irra-

diations, il n'y eut ni épaississement pleural, ni déviation médiastinale, ni sclérose pulmonaire.

Il s'agit là, croyons-nous, d'une tentative thérapeutique digne de mention. Non mutilante, elle sera facilement acceptée des malades et peut être appelée à leur rendre de réels services.

#### BIBLIOGRAPHIE

- BERCK, Maurice et HARRIS, William. The use of Roentgen therapy in bronchiectasis. *The Journal of the American Association*, vol. 108, n° 7, fév. 13, 1937.
- GOLDKORN, L. Le traitement des abcès et des gangrènes du poumon par des injections intra-veineuses de benzoate de soude. *Presse Médicale*, vol. 102, p. 2094, 1935.
- GOSSELIN, Jules. La bronchographie. *Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux universitaires de Québec*, août 1935.
- GRAVIER, TREPPOZ et BERTRAND. Dilatation des bronches chez une tuberculeuse traitée par la thoracectomie. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, séance 26 janvier 1937.
- LESSARD, Richard. Le doigt hippocratique et les suppurations pulmonaires. *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*. Tome 8, n° 2, 1933.
- SERGENT, Émile. Les grands syndromes respiratoires. Tome 1, *Gaston Doin & Cie*, Paris.
- SERGENT, Émile. Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée. Appareil respiratoire. Tome 1, p. 222, *Maloine*.
- SERGENT, Émile et JOBIN, J. B. Les images radiologiques dans les formes fétides et non fétides de la dilatation des bronches. *Bull. de l'Académie de Médecine*, tome 99, n° 22, séance du 29 mai 1928.
- SICARD, J. A. et FORESTIER, Jacques. Méthode générale d'exploration radiologique par l'huile iodée. *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 46. 463, 17 mars 1922.

**BRONCHO-PNEUMOPATHIES A ALLURE INSIDIEUSE CHEZ  
QUATRE SUJETS AYANT UNE RÉACTION DE BORDET-  
WASSERMANN FORTEMENT POSITIVE**

par

**Louis ROUSSEAU**

*Chef de service à l'Hôpital Laval*

---

Plusieurs cliniciens et anatomopathologistes sont d'opinion que la syphilis ne peut réaliser sur l'appareil respiratoire les lésions communes qu'on constate avec fréquence aux autres organes. On admet, cependant, la syphilis pulmonaire héréditaire du nouveau-né qui a été décrite par Virchow sous le nom de pneumonie blanche, mais on met en doute chez l'adulte la réalité de l'existence de gommes ou scléro-gommes syphilitiques du poumon.

Des anatomopathologistes d'expérience n'ont jamais pu observer les lésions syphilitiques du poumon décrites par Letulle qui en distingue quatre types : la gomme solitaire, l'amas scléro-gommeux, la cicatrice stellaire, l'état de broncho-pneumonie spécifique.

Il est indéniable que la gomme syphilitique du poumon reste une rareté, et des diagnostics de cet ordre, que semblaient justifier certains faits cliniques et radiologiques, ont souvent été reconnus erronés après la mort.

Il n'en reste pas moins vrai que des maîtres de la médecine française comme Dieulafoy, Lancereaux, Cornil, Fournier, Tripier, etc., ont cru à l'existence de la syphilis pulmonaire et l'ont enseignée.

De nos jours, le grand défenseur de la syphilis pulmonaire est sans contredit le professeur Sergent qui, suivant l'expression de Letulle, « défend avec un grand sens clinique la fréquente association de la syphilis et de la tuberculose dans le poumon et s'efforce de les y différencier l'une de l'autre ».

On a reproché à Monsieur Sergent de voir de la syphilis partout. Une telle affirmation de la part de ceux qui la formulent indique qu'ils ont mal interprété ses travaux dont le sens ne peut être équivoque. C'est d'ailleurs lui qui à la suite de Landouzy mit les médecins en garde contre l'interprétation hâtive des pleurésies survenant chez des syphilitiques, et qu'il croit être une association de syphilis et tuberculose.

On exige aujourd'hui une démonstration précise, exempte de toute erreur, avant d'accepter le diagnostic de syphilis pulmonaire. Cette rigueur scientifique est des plus louables et nous regrettons sincèrement qu'elle ne soit appliquée avec la même sévérité aux autres domaines de la médecine. En effet, personne n'ignore l'impunité dont bénéficient les neurologistes lorsqu'ils étiquètent syphilitiques les affections dont ils ignorent la cause réelle. On n'éprouve aucun scrupule à mettre en branle tout l'arsenal thérapeutique anti-spécifique en présence d'une aortite même en l'absence de tout antécédent héréditaire ou acquis.

Si l'attention des cliniciens est actuellement attirée vers l'idée de la spirochétose pulmonaire, c'est qu'il existe des pneumopathies dont le début et l'évolution s'écartent des formes régulières de la tuberculose et, lorsque ces affections surviennent chez des syphilitiques, nous serions coupables de ne pas considérer ce terrain particulier.

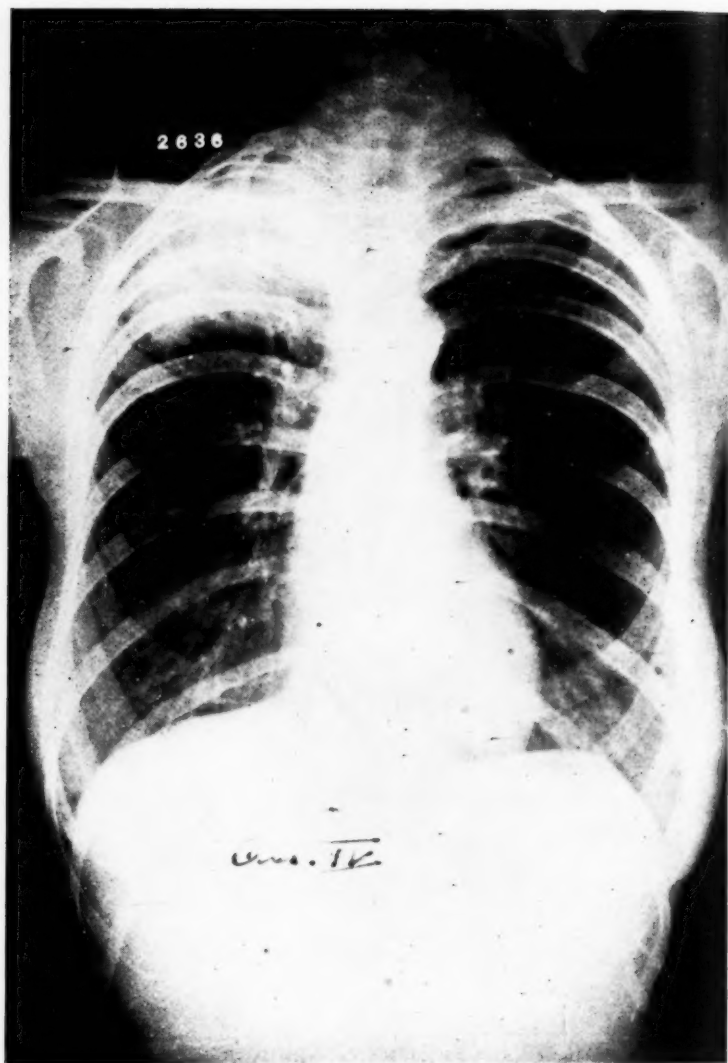
Les quatre observations que nous rapportons à l'instant, appartiennent à des sujets dont la nature de la pneumopathie n'a pu être établie avec certitude. Nous n'avons pas la prétention d'imposer le diagnostic de syphilis, pas plus que nous avons le droit d'en affirmer la nature tuberculeuse, puisqu'aucun bacille de Koch ne fut constaté chez ces malades.

#### PREMIÈRE OBSERVATION

Georges R., 27 ans, est admis à l'hôpital Laval le 20 avril 1936 parce qu'il émet des crachats hémoptysiques par intermittence. Il se plaint de douleurs thoraciques, accuse de la dyspnée d'effort et de l'oppression que l'inspection ne nous permet pas d'apprécier. Comme le travail semble comporter chez lui une certaine répugnance, nous mettons quelques réserves sur l'intensité de ces symptômes qui sont plus subjectifs qu'objectifs. Le pouls et la température sont normaux, il n'aurait pas maigri.

En novembre 1935, il a déjà fait un stage de 2 mois à l'Hôtel-Dieu de Québec pour les mêmes symptômes. Nous ne croyons pas qu'il fut considéré

ne  
al  
rs  
ré-  
oit  
  
te  
ur  
ne  
ne.  
tes  
use  
nal  
nce  
  
la  
out  
que  
de  
  
ent  
rti-  
lis,  
uis-  
  
arce  
de  
que  
ble  
rves  
Le  
  
a de  
déré



Troisième Observation

con  
à c  
ser  
il y  
anc  
des  
une  
bro  
ple  
Wa  
pos  
chi  
hon  
ou  
sui  
fibr  
cet  
auss  
carr  
la s  
port  
en  
nou  
d'un  
méd



comme tuberculeux puisqu'on ne lui conseilla pas un traitement approprié à cette maladie.

Nous trouvons chez lui des antécédents tuberculeux : en effet, sa mère serait morte d'une affection tuberculeuse du poumon et lui-même a fait, il y a 10 ans, une pleurésie.

L'examen physique de l'appareil respiratoire ne montre aucun signe anormal à l'exception de râles bronchiques diffus.

Sur la radiographie, les deux régions hilaires sont chargées, et l'on voit des traînées opaques allant se perdre dans les champs pulmonaires. C'est une image pouvant correspondre à un état de sclérose bronchique et péri-bronchique. Nous trouvons aussi quelques calcifications.

La sédimentation globulaire est de 4 mm. après une minute.

Le diagnostic porté à son admission fut celui de sclérose broncho-pleuro-pulmonaire probablement d'origine tuberculeuse.

Ce n'est qu'ultérieurement, après constatation d'une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive dans le sang, que nous considérâmes la possibilité d'un autre facteur étiologique à la base de cette sclérose bronchique.

Durant son stage de 2½ mois à l'hôpital, dix examens de crachats après homogénéisation ne permirent pas de constater de bacilles de Koch.

Son poids fut stationnaire, jamais nous n'avons observé d'état fébrile ou de signes cliniques de tuberculose en activité.

Il fut soumis à un traitement par le cyanure de mercure qui ne fut pas suivi d'amélioration appréciable.

Dans ce cas, nous devons considérer la possibilité d'une tuberculose fibreuse. En effet, il eut une pleurésie il y a 10 ans (quoique la nature de cet épanchement ne nous soit pas connu). La sclérose bronchique pourrait aussi reconnaître une origine professionnelle puisqu'il a travaillé dans les carrières de pierre à Saint-Marc. D'autre part, nous ne pouvons ignorer la syphilis qui, si elle n'est pas seule responsable, demeure un facteur important.

J'ai eu l'occasion de pratiquer un examen radioscopique chez ce sujet en novembre dernier et j'ai constaté une image superposable à celle que nous avons obtenue il y a un an et demi. Tout dernièrement, à l'occasion d'un traumatisme thoracique, il a eu des crachats hémoptoïques et un médecin de l'Hôtel-Dieu n'a pu rattacher ces accidents à une tuberculose.

## DEUXIÈME OBSERVATION

Paul-Émile D., 28 ans. Admis à l'Hôpital Laval le 12 mai 1936 où il fut dirigé par le dispensaire antituberculeux, après constatation d'une image pulmonaire anormale.

Il est à noter que les seuls symptômes qui le firent consulter étaient de légères douleurs thoraciques et un peu de toux. Il n'a pas eu de fièvre, le poids n'a pas diminué.

Il a cessé son travail de sténographe, il y a 18 mois, pour troubles visuels en rapport avec une cataracte.

Son père est mort en 1929 d'une affection hépatique. Un frère décédé à l'Hôpital Laval de tuberculose pulmonaire était hérédo-syphilitique.

Sur la radiographie pulmonaire, il y a une opacité de la moitié inférieure du lobe supérieur droit avec démarcation scissurale. A l'auscultation, on trouve des crépitations discrètes après la toux, de la pectoriloquie aphone.

La sédimentation globulaire à son admission était de 6 mm. après une heure.

Réaction de Bordet-Wassermann fortement positive dans le sang.

Ce malade fit un stage de un an à l'hôpital. Jamais il ne toussa ou cracha, la température fut constamment normale, le poids stationnaire.

Il fut soumis à un traitement spécifique par le novarsénobenzol et le cyanure.

Nous ne voulons tirer aucune conclusion de l'action de cette thérapeutique, mais la radiographie à son départ montre un nettoyage à peu près complet.

Ce malade consulte régulièrement le dispensaire antituberculeux où le diagnostic de tuberculose n'a pas pu être établi à date.

Les localisations pleuro-pulmonaires se sont présentées dans ce cas de façon insidieuse contrairement à ce que l'on observe habituellement dans la tuberculose. Il est rare en effet que les affections bacillaires pleuro-pulmonaires soient afebriles, qu'elles n'entraînent pas une atteinte marquée de l'état général en même temps qu'un amaigrissement appréciable. Nous ferons aussi remarquer qu'il n'est pas courant d'observer une sédimentation normale à la phase aiguë d'une réaction pleurale.

Nous croyons qu'il est justifiable de considérer la nature spécifique de cette affection.

## TROISIÈME OBSERVATION

Cécile V., 33 ans, employée dans un bureau, nous est envoyée par le dispensaire, le 6 avril 1937.

L'affection pulmonaire remontant à 3 semaines a été caractérisée par de la toux accompagnée d'expectorations muco-purulentes peu abondantes, et de douleurs thoraciques à droite. Depuis 6 mois, son poids a diminué de 5 livres.

Au sommet droit existe un souffle congestif et quelques crépitations. La radiographie montre une opacité homogène de la région apicale du poumon.

La recherche du bacille de Koch, faite à plusieurs reprises, fut toujours négative.

La réaction de Bordet-Wassermann était fortement positive dans le sang.

Une enquête afin d'établir une infection syphilitique antérieure n'apporta aucune preuve certaine mais elle nous avoua que sa conduite peut expliquer des accidents passés inaperçus.

L'évolution rétrograde de cette affection pulmonaire se fit sans température anormale, avec un état général excellent. Elle fut soumise à un traitement bismuthé au cours duquel se produisit un nettoyage radiologique à peu près complet.

La sédimentation globulaire était de 109 mm., chiffre qui appartient à des tuberculoses graves avancées mais qui peut aussi se rencontrer dans d'autres infections, dans les affections sanguines.

Cette malade est actuellement sous traitement spécifique et ne présente aucun signe clinique de tuberculose en activité malgré une vie comportant une certaine activité.

## QUATRIÈME OBSERVATION

Yvonne D., 23 ans n'a aucun antécédent tuberculeux. Elle est dirigée vers l'Hôpital Laval, le 17 avril 1933, par le dispensaire antituberculeux.

Il y a 2 mois, apparut une toux sans expectorations accompagnée de légères douleurs thoraciques. Elle a perdu 20 livres.

A son admission, elle a une roséole spécifique et un examen du sang donne une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive.

Nous trouvons une légère diminution de la sonorité à gauche, aucun râle alvéolaire ou bronchique. Sur une première radiographie pulmonaire,

il y a, à la partie supérieure du poumon gauche un essaimage diffus comme il est fréquent de le constater au début de la tuberculose. Le sinus costo-diaphragmatique gauche est obstrué. Ce cliché par lui-même peut aussi bien appartenir à une forme banale de tuberculose au début.

Les jours qui suivirent son admission, elle fit un léger épanchement pleural gauche constaté en radioscopie. Cette réaction pleurale se fit insidieusement, sans fièvre, sans symptômes subjectifs et fut trop peu abondante pour être ponctionnée.

Des examens de crachats ou plutôt de salive donnèrent des résultats négatifs.

La température fut constamment normale, durant son stage de quatre mois à l'hôpital.

Un traitement par le novarsénobenzol fut institué et à sa sortie de l'hôpital elle avait eu 9.20 grammes.

La réaction de Bordet-Wassermann fortement positive en avril, était douteuse le 9 juin et enfin négative le 23 juin 1933.

Le 20 juillet 1933, c'est-à-dire trois mois après son admission, un nouveau cliché pulmonaire témoigne de l'amélioration des lésions.

Cette jeune fille consulte depuis au dispensaire antituberculeux ; elle n'a jamais présenté de signes de bacillose pulmonaire active.

Comme nous le disions au début, aucun diagnostic de nature ne peut être posé sur ces affections.

Les examens de laboratoires négatifs à la tuberculose sont des arguments insuffisants pour éliminer ce diagnostic. Il existe de nombreuses affections bacillaires fermées ou donnant des produits bacillifères par intermittence. Le début et l'évolution insidieux de certaines tuberculoses s'observent de temps à autre de sorte que ce caractère de nos observations ne saurait constituer un signe différentiel.

De même nos images radiographiques n'ont rien de pathognomonique et peuvent représenter des affections variées ; cependant, le cliché qui appartient à notre troisième observation mérite une attention particulière. Nous y trouvons une opacité homogène de tout le sommet, n'ayant pas une limite inférieure très nette et qui pourrait correspondre à des images que l'on a interprétées à tort ou à raison comme des gommages du poumon. Il est vrai que théoriquement les gommages du poumon affectent la région moyenne mais elles peuvent aussi avoir des localisations différentes. Cette

image correspond cliniquement à des signes congestifs. Les congestions pulmonaires, les cortico-pleurites, à leur phase aiguë, sont accompagnées de fièvre et cette discordance des signes cliniques et radiologiques doit être considérée.

Dans notre dernière observation, il s'agit d'une syphilitique à la période éruptive de la maladie, présentant une légère infiltration pulmonaire accompagnée d'une exsudation pleurale minime sans réaction fébrile.

Chantemesse et Vidal ont signalé des réactions pleurales spécifiques à la période secondaire. Ce serait un épanchement peu abondant souvent bilatéral.

Un de nos malades a une image radiologique qui rappelle la sclérose péri-bronchique. L'étiologie de cette sclérose exige une interprétation prudente. En effet, il y a dix ans, il fit une pleurésie, puis il a travaillé dans des carrières de pierre. Plusieurs facteurs ont pu associer leurs effets pour réaliser l'état broncho-pulmonaire actuel.

Le malade qui fait le sujet de notre deuxième observation est un hérédo-syphilitique chez qui nous avons constaté une lobite supérieure droite, sans fièvre, sans expectorations.

Chez trois de nos quatre malades, nous constatons un nettoyage radiologique que nous n'attribuerons pas au traitement antisyphilitique en l'absence de diagnostic de certitude. Personne n'ignore d'ailleurs que le chancre, la roséole syphilitiques disparaissent même lorsqu'ils ne sont pas traités.

Une seule de nos malades a été blanchie par le traitement, les trois autres conservent une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive.

Ces observations ne nous permettent pas d'affirmer la nature syphilitique des affections pulmonaires que nous avons constatées ; elles sont la démonstration d'un mode d'évolution spécial de pneumopathies, tuberculeuses ou non, sur un terrain syphilitique.

Devant des faits aussi discutables, nous n'avons pas le droit de dire qu'elles sont syphilitiques, pas plus qu'il nous est permis d'en affirmer la nature tuberculeuse.

---

## APPENDICITE AIGÜE AVEC PÉRITONITE TRAITEMENT ET MORTALITÉ

par

François ROY

*Assistant à l'Hôtel-Dieu*

Chaque année, il se publie dans les revues médicales plus de deux cents articles sur le traitement de l'appendicite aiguë avec ou sans péritonite. Cette pléthore de littérature nous démontre, tout de suite, que les chirurgiens n'ont pas encore trouvé le traitement idéal de cette affection. En 1937, cette question du traitement de la péritonite appendiculaire a encore été discutée trois fois à l'Académie de Chirurgie de Paris.

Ces écrits, ces discussions ne manquent certainement pas d'opportunité, vu la mortalité encore formidable causée par l'appendicite.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de faire connaître les résultats obtenus dans les cas d'appendicite aiguë et de péritonite appendiculaire opérés à l'Hôtel-Dieu de Québec depuis dix ans. Nous avons ajouté quelques autres statistiques afin de mieux faire voir la nécessité 1° pour le public, de consulter sans tarder dans les affections abdominales ; 2° pour le médecin de famille, de faire opérer d'urgence tout cas d'appendicite aiguë diagnostiquée ; 3° pour le chirurgien, d'instituer le meilleur traitement possible. Le nombre considérable de morts survenant dans les 48 heures d'hospitalisation du malade, nous démontre que beaucoup de cas ont été soumis d'abord à un traitement médical et nous ont ensuite été envoyés pour être opérés, mais malheureusement trop tard.

Voici maintenant quelques statistiques qui nous semblent intéressantes :

# MORTALITÉ PAR APPENDICITE DANS LA PROVINCE, MONTRÉAL ET QUÉBEC, DEPUIS L'ANNÉE 1926

	PROVINCE	MONTRÉAL	QUÉBEC
1926	396	150	29
1927	421	130	34
1928	400	150	31
1929	434	156	40
1930	430	161	36
1931	470	126	52
1932	485	165	44
1933	470	136	36
1934	514	198	34
1935	484	173	34
1936	449	146	57

## 2123 CAS D'APPENDICITE AIGÜE, AVEC OU SANS PÉRITONITE, OPÉRÉS A L'HOTEL-DIEU DE QUÉBEC DEPUIS 10 ANS

	App. aig. non drainée	Morts	Mor- talité	App.aig. drainée	Morts	Mor- talité	Morts dans les		
							12h.	24h.	36h.
1928	64	1		95	14	14.7			
1929	98	0		101	19	18.9			
1930	81	1		76	13	17.		3	
1931	78	0		87	23	26.4			
1932	144	2		86	18	20.9	1	3	1
1933	150	1		91	14	15.5	1		1
1934	126	0		149	13	8.7	1		1
1935	150	0		101	13	12.9		2	4
1936	129	0		78	13	18.	3	2	1
1937	152	2		107	16	15.	4	1	1
Total....	1172	7	0.59	951	156	16.4	10	12	9

TOTAL DE TOUS LES CAS D'APPENDICITE AIGÜE :

2123 CAS. MORTALITÉ : 7.7%

## RAPPORT DE L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL POUR L'ANNÉE 1937

	CAS	DÉCÈS	MORTALITÉ
Appendicite AIGÜE . . . . .	178	2	
App. AIGÜE GANGRENÉE . . . . .	33	3	
App. " SUPPURÉE . . . . .	59	2	
App. AIGÜE avec PÉRITONITE généralisée . .	50	23	
TOTAL . . . . .	320	30	9.4%

LECLERC. Mémoires de l'Académie de Chirurgie, Vol. 63, p. 547, 1937.

	CAS	MORTS	MORTALITÉ
Péritonite LOCALISÉE . . . . .	62	8	12.9
Péritonite GÉNÉRALISÉE . . . . .	22	17	77.9
TOTAL . . . . .	84	25	29.7%

R. A. STONEY — The Irish Journal of Medical Science 6th Series p. 591, 1937.

	CAS	MORTS	MORTALITÉ
App. aiguës non drainées . . . . .	226	0	0
App. " drainées " . . . . .	157	10	6.3%



DRS. A. E. ARCHER et A. R. YOUNG :—Lamont Public Hospital, Alberta.  
C.M.A.J.—1937

	CAS	MORTS	MORTALITÉ
App. aiguës non drainées.....	287	2	0.69
Périton. localisée.....	215	2	0.93
"    "    généralisée.....	68	6	8.80%

FREDERICK C. HERRICK, Cleveland, S. G. O. Vol. 65, p. 68, 1937.

	CAS	MORTS	MORTALITÉ
Appendicites AIGUËS DRAINÉES***.....	217	5	1.84%

Nous pensons que le traitement de l'appendicite avec ou sans péritonite relève seulement de la chirurgie, mais que le traitement pré et post-opératoire est souvent aussi utile que l'acte opératoire même.

En principe toute appendicite aiguë diagnostiquée doit être opérée sans délai, mais dans des conditions favorables. Nous ne croyons pas qu'il soit possible d'opérer et de traiter convenablement une péritonite appendiculaire à domicile. L'expérience démontre que les chirurgiens qui vont opérer à la campagne ont presque autant de désastres que de succès.

Le médecin de campagne appelé pour un cas d'appendicite aiguë, s'il ne peut pas, pour une raison quelconque, faire transporter immédiatement son patient à l'hôpital, doit le traiter de manière qu'il arrive le moins de dégâts possibles si l'appendice vient à se rompre. Il ne donnera à son malade rien par la bouche. Il le placera dans la position de Fowler pour éviter la diffusion de l'infection au cas de rupture appendiculaire. Cette position devra autant que possible être maintenue pendant le transport du malade. Il devra donner assez de morphine pour calmer la douleur et mettre le malade au repos, toujours dans le but de localiser l'infection.

La morphine ne doit pas avoir pour effet de donner au malade et à son entourage l'impression d'une fausse sécurité et faire différer l'intervention.

« La morphine, d'après Frederick C. Herrick, fait contracter l'intestin, diminue ou arrête le péristaltisme. Le tonus et la contraction du muscle intestinal activent la circulation sanguine et préviennent la stase capillaire de l'intestin. Quand il y a stase sanguine au niveau de l'intestin, les gaz du sang passent dans l'intestin et augmentent ainsi la distension que produit souvent la fermentation intestinale. En même temps, les toxines développées dans l'intestin à la suite de l'ileus paralytique passent dans la circulation et intoxiquent alors l'organisme. Cliniquement on ne voit pas apparaître de toxémie profonde si on a su prévenir la distension de l'intestin par la morphine. En maintenant le tonus intestinal et en prévenant la stase sanguine, l'organisme n'a plus à se défendre que contre l'infection péritonéale. Il est donc important, par l'emploi approprié de la morphine, avant et après l'opération, de prévenir la distension de l'intestin. »

Beaucoup trop de chirurgiens, malheureusement, se voyant en présence d'un cas de péritonite grave, font transporter en toute hâte leur patient à la salle d'opération et interviennent sans lui avoir donné l'avantage d'un traitement qui, peut-être, lui aurait sauvé la vie.

Ce traitement a pour but de remonter l'état général du malade en le réhydratant, le rechlorurant et en décomprimant son intestin. Dans tout cas grave de péritonite avec ileus paralytique, le traitement pré-opératoire peut aider beaucoup au succès de l'opération.

On place dans le duodénum du malade en le faisant passer par le nez, un tube duodénal qu'on raccorde à l'appareil à succession de Wangensteen. (Fig. 1). En même temps on administre par voie intra-veineuse de grandes quantités de sérum salé et glucosé. Le chirurgien attend aussi longtemps qu'il est nécessaire afin d'intervenir sur un malade en meilleure condition.

Parfois il est surprenant de voir les changements qui s'opèrent chez ces malades par suite de l'injection de sérum et de l'évacuation des liquides et des gaz par le tube duodénal. En plus, cette décompression de l'intestin rend l'opération beaucoup plus facile pour le chirurgien et le malade.

Le tube duodénal devra rester en place pendant l'intervention ; il pourra encore drainer les gaz et les liquides qui peuvent remonter dans le duodénum. Après l'opération on n'aura qu'à le connecter de nouveau à l'appareil à

succion qu'on laissera fonctionner aussi longtemps que l'intestin n'aura pas repris sa fonction normale.

Après les opérations, il ne faut pas attendre pour instituer ce traitement que le muscle intestinal ait perdu, par la distension, son tonus et sa propriété de contractilité. Dès les premiers symptômes d'ileus, il faut tout de suite avoir recours à la succion continue pour vider l'estomac, le duodénum et le petit intestin de son contenu. Ce drainage constant permet au malade de boire, de laver son estomac et de garder sa bouche fraîche.

Depuis 1929, j'ai eu l'occasion de voir traiter et de traiter moi-même un très grand nombre de malades dont plusieurs seraient certainement morts sans cette thérapeutique.

La technique opératoire dans l'appendicite aiguë est aujourd'hui assez bien connue des chirurgiens qu'il n'est pas nécessaire d'insister.

Une incision large de Jalaguier permet d'opérer avec facilité, d'aspirer et de drainer les différentes collections purulentes qu'on peut rencontrer. Ces collections peuvent occuper la fosse iliaque droite, le petit bassin, la fosse iliaque gauche, les espaces mésentérocoliques droit et gauche et remonter en dehors des côlons jusqu'au foie et au diaphragme. (Fig. 2). Dans les cas de péritonite étendue, un drainage très large, à la gaze, de la fosse iliaque droite et du petit bassin, semble donner les meilleurs résultats. En même temps, la mise en place de quelques tubes de caoutchouc très mous sera surtout utile à la fin du drainage, quand les gazes auront été enlevées.

Quel sérum et quelle quantité faut-il donner pour réhydrater et rechlorurer un malade en état d'ileus paralytique. Les chirurgiens anglais et américains emploient le sérum salé glucosé physiologique à la dose de 6 à 7 litres pendant les premières 24 hrs. Les jours suivants une quantité suffisante, soit environ 3 à 4 litres, pour maintenir la diurèse à au moins un litre. Le sérum doit être administré dans la veine, goutte à goutte et d'une façon continue, aussi longtemps qu'il est nécessaire d'introduire de grandes quantités de sérum dans l'organisme.

Il faudra toujours tenir compte de la quantité de chlorure de sodium administrée. Si le malade a beaucoup vomi et a en permanence un appareil à succion installé dans le duodénum, il devra recevoir une quantité de sel beaucoup plus grande que celui qui n'a pas ou peu vomi et n'a pas de drainage duodénal. Comme ces malades passent rarement plus de 1000 c.c. d'urine par jour et que les reins dans ces conditions éliminent les chlorures

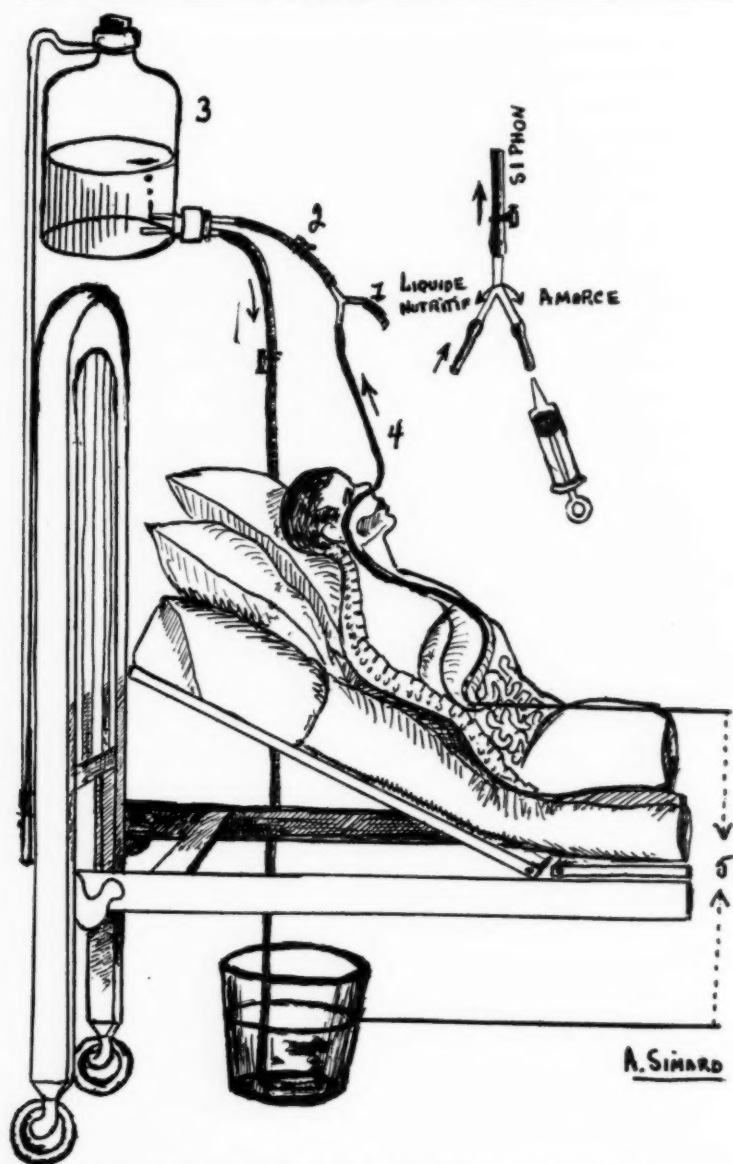


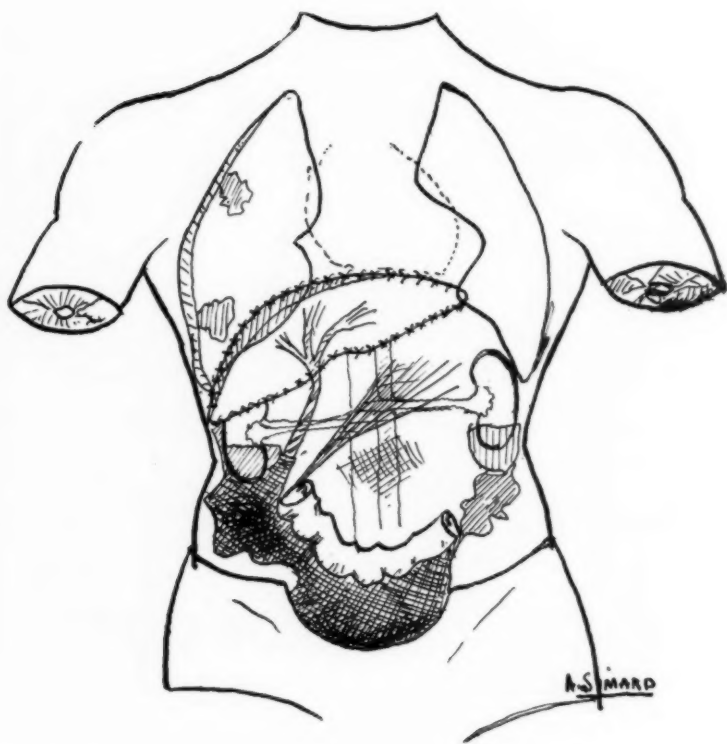
Fig. 1.— Appareil à siphon (Légende à la page ci-contre).

## LÉGENDE DE LA FIG. 1



- 1.— Tubulure servant à laver le tube duodéal.
- 2.— Pince pour empêcher le reflux pendant le lavage du tube duodéal.
- 3.— Réservoir d'amorçage continu du siphon.
- 4.— Tube duodéal.
- 5.— Différence de niveau qui commande l'aspiration.





**Fig. 2.—** Localisations les plus fréquentes des collections purulentes au cours des péritonites d'origine appendiculaire.

au taux d'environ 10 à 12 grammes au litre, on s'expose en donnant pendant plusieurs jours de trop grandes quantités de sel, à voir apparaître des oedèmes par rétention chlorurée, ce qui parfois peut être grave.

En donnant beaucoup de sérum, vous ne verrez que très rarement apparaître ce phénomène de langue rôtie, témoin d'une déshydratation profonde que vous avez tous eu l'occasion de voir.

L'emploi du siphon après les opérations abdominales contribue dans une grande mesure à prévenir la distension intestinale et souvent l'ileus paralytique ou mécanique qui peut être fatal.

---

A mes chers collègues Canadiens :

Lettre d'un chirurgien parisien

### LA CHIRURGIE A PARIS EN 1938

Mon cher Professeur Vézina,

C'est bien volontiers que, répondant au désir que vous m'avez exprimé en me demandant d'esquisser pour nos amis Canadiens une sorte de vue d'ensemble de la chirurgie à Paris en 1938, je tenterai d'en exposer brièvement les caractéristiques essentielles.

C'est toujours notre vieille et vénérable *Faculté de Médecine* qui est chargée, officiellement, de former les futurs chirurgiens, puisqu'aussi bien c'est le diplôme de docteur en médecine qui confère encore, aujourd'hui comme hier, le droit d'exercer la chirurgie.

L'Université de Paris fut fondée en 1150, la Faculté de Médecine en 1270. L'enseignement de la chirurgie ne sortit de l'empirisme qu'au XVI<sup>e</sup> siècle. Il fut d'abord dirigé et consacré, en dehors de la Faculté, par le « Collège de St-Côme » qu'illustra Ambroise Paré. Médecine et chirurgie étaient alors complètement séparées avec un enseignement, des diplômes et des privilèges distincts. Faculté et Collège Royal de chirurgie furent ensemble supprimés sous la Révolution, en 1792. Rétablie sous le nom d'Ecole de Santé par la Convention en 1794, la Faculté ne reprit son titre qu'en 1808. Dorénavant la fusion des médecins et des chirurgiens fut définitivement réalisée.

La création d'un *diplôme spécial de chirurgien* a été fort débattue au cours de ces dernières années ; elle serait destinée à endiguer le flot montant de certaines incompétences qui risqueraient, en le démocratisant à l'excès, d'avilir et d'entraîner vers l'abîme l'exercice de la chirurgie. Cette idée, pour l'instant en sommeil, sera reprise un jour prochain ; il semble certain que, si ce *brevet de spécialité* est adopté, il devra être conféré par les Facultés et non par un organe corporatif tel que le Syndicat des Chirurgiens Français, qui avait récemment songé à s'en réserver le privilège.

La Faculté de Paris possède *quatre chaires de Clinique Chirurgicale* qu'occupent aujourd'hui les Professeurs Gosset, Cunéo, Lenormant et Grégoire ; d'autres chaires plus « différenciées » sont réservées à la thérapeutique chirurgicale, à la pathologie externe, à l'urologie, à la gynécologie, à la chirurgie infantile, à la chirurgie orthopédique de l'adulte, dont les titu-



laïres sont respectivement les Professeurs Duval, Chevassu, Marion, Mocquot, Ombredanne et Mathieu. Sans les temps financièrement difficiles que nous traversons, nous posséderions une chaire de neuro-chirurgie, dont la fondation, d'ailleurs, paraît imminente ; c'est cette même raison financière qui a amené la suppression de la chaire d'anatomie médico-chirurgicale et de chirurgie expérimentale, qu'illustrèrent Mrs Cunéo et Proust.

Il était question, depuis longtemps, de la *modernisation des locaux de la Faculté* : cette perspective, après de multiples projets de reconstruction sur divers emplacements, est entrée dans le domaine des réalités. Grâce surtout à l'action réalisatrice de notre ancien Doyen, le Professeur Roussy, actuel<sup>ement</sup> Recteur de l'Université de Paris (c'est en effet à un médecin qu'est aujourd'hui confiée cette haute fonction de l'Enseignement), les nouveaux locaux de la Faculté s'édifient en ce moment rue Jacob, sur l'emplacement du vieil hôpital de la Charité récemment démoli. Ces nouveaux bâtiments comprendront beaucoup de laboratoires et de salles de travaux pratiques, conçus sous une forme nouvelle.

Personnellement, je n'ai jamais eu qu'à me louer de la Faculté et je m'en voudrais d'être le moins du monde irrévérencieux vis-à-vis d'une personne âgée et vénérable, respectable à tous égards. Et cependant je n'ai pas réussi à chasser de ma mémoire le souvenir d'une caricature, due à un de nos meilleurs humoristes et qui ornait vers 1908 la couverture d'un journal illustré. La fermeture de la Faculté venait d'être décidée, pour punir les étudiants, dont j'étais, de leurs manifestations bruyantes aux cours d'un professeur récemment nommé (nous travaillions beaucoup, les étudiants de cette époque, mais nous étions plus frondeurs et plus « dynamiques », me semble-t-il, que ceux d'aujourd'hui !) ; or le dessin en question représentait la Faculté close, toutes grilles fermées et on lisait au dessous cette simple légende : « la Faculté est fermée... l'enseignement continue. » ! Boutade assurément sévère, mais non dépourvue de vérité, en ce qui concerne surtout la chirurgie, car c'est aujourd'hui comme hier, non dans des cours théoriques, mais à l'hôpital, au lit des malades et à la salle d'opérations, que s'acquièrent les éléments essentiels de l'éducation des futurs chirurgiens.

Un de nos plus célèbres et remarquables pédagogues chirurgicaux, le Professeur Forgue, de Montpellier, dont la haute culture générale, le talent d'exposition si clair et si précis, nous ont valu les plus beaux travaux, les plus lumineux rapports dans les Congrès, ne préférait-il pas son célèbre Précis de pathologie externe (qui connut 10 éditions successivement, rapidement épuisées), en l'offrant aux étudiants « pour solliciter leur assiduité clinique, car l'hôpital, disait-il, demeure la seule école de la pathologie » : il est plus encore celle de la clinique et de la thérapeutique chirurgicale. La clinique hospitalière a, de tout temps, formé la base de l'enseignement chirurgical en

France : aux grands noms de Trousseau et de Dieulafoy, de Chauffard et de Vidal en médecine, répondent ceux de Tillaux, de Reclus, de mes regrettés Maîtres Lejars et Lecène en chirurgie, pour ne citer que des disparus. « Soyons biologiques » dit-on volontiers aujourd'hui, c'est entendu, mais c'est dans la synthèse clinique que notre entendement professionnel revêt son expression la plus élevée et l'art délicat et complexe de poser des indications opératoires correctes et bienfaisantes est encore la méthode la plus sûre, le moyen le plus efficace dont ne saurait se priver l'art de guérir.

*La meilleure école des chirurgiens français demeure l'« Internat des Hôpitaux ».* Cette institution est plus que séculaire : on fêterait en 1902, solennellement, le centenaire de l'Internat des Hôpitaux de Paris. C'est ce corps de l'Internat qui a donné à la France ses meilleurs chirurgiens et ses Maîtres les plus réputés, comme il a peuplé nos provinces les plus lointaines de chirurgiens toujours instruits et souvent éminents : la décentralisation chirurgicale nous a valu des hommes de la valeur de Monprofit d'Angers, de Delagenière du Mans, de Témoin de Bourges, tous issus de l'Internat de Paris. Cette décentralisation n'a fait que s'accroître ; des agglomérations, même secondaires commencent elles aussi à connaître, à l'heure actuelle, les effets d'une pléthore croissante et par suite, d'une concurrence chirurgicale qui s'avère chaque jour plus sévère.

On accède à l'*Internat des Hôpitaux de Paris* par un concours difficile, qui nécessite une longue préparation, une somme de connaissances théoriques considérable, tant anatomiques et médicales que chirurgicales. Le nombre des candidats s'accroît chaque année et ce titre envié, qui ouvre véritablement les portes de la carrière chirurgicale, n'est acquis qu'au prix d'un labeur acharné : je ne crois pas qu'il existe dans d'autres pays une compétition qui exige un effort de plusieurs années aussi soutenu et une instruction aussi étendue. La préparation de l'Internat représente une érudition de base de premier ordre qui va permettre à ceux qui sont reçus au concours de profiter de l'instruction pratique qu'ils recueilleront pendant les quatre ans que durent les fonctions des Internes des Hôpitaux. C'est par l'École de l'Internat de Paris (où existent depuis quelques années des places en surnombre accordées « à titre étranger ») que sont passés de nombreux collègues qui ont fait dans leur pays d'origine des carrières chirurgicales illustres : en Roumanie, en Suisse, en Grèce, dans plusieurs républiques Sud-Américaines, etc. A ma connaissance il n'y a plus eu au Canada d'ancien Interne des Hôpitaux de Paris depuis la mort d'Azarie Brodeur, de Montréal, de la promotion de 1887, pour lequel mon père, son camarade d'Internat, m'avait donné une lettre de recommandation quand je fus dans votre pays, il y a 30 ans déjà. (J'accompagnais au Congrès International de la Tuberculose à Washington, en 1908, la délégation française qui compre-

nait Landouzy, Arloing, Courmont et cet incomparable animateur, si dévoué à la cause du rapprochement intellectuel franco-canadien, qu'était le regretté Triboulet. Nos fimes à Québec, à Montréal et à Toronto un « pèlerinage » émouvant et nous avons appris à connaître à cette occasion ce qu'était l'accueil et le cœur des Canadiens français) — Il serait à souhaiter que le Canada nous envoie de jeunes élèves studieux et bien doués susceptibles de concourir avec succès à l'Internat : rentrés ultérieurement dans leur pays d'origine, ils constitueraient les meilleurs « agents de liaison » entre nos écoles chirurgicales canadienne et française, ce qui serait très profitable à nos deux Patries-sœurs, comme à l'« interpénétration » de nos milieux chirurgicaux.

Ceux qui veulent accéder aux postes officiels de chefs de service dans les hôpitaux de Paris ont encore à franchir, après l'Internat, les concours de l'Adjuvat et du Prosectorat ; le concours d'Agrégation leur ouvre, avec les portes de la Faculté, l'espoir de la robe rouge et de la toque de Professeur... qu'il leur faudra souvent attendre fort longtemps ! C'est là toute une série d'obstacles difficiles, qui demandent des années de préparation et d'efforts soutenus.

On a pu, parfois, reprocher à cette *longue suite de concours* de causer des difficultés excessives pour commencer à un âge raisonnable une carrière indépendante et pour mettre en valeur les qualités personnelles d'activité, d'initiative et de talent trop longtemps entravées. De fait, l'arrivée tardive dans les concours n'est pas sans avoir présenté des inconvénients, surtout pour les générations que la grande guerre a particulièrement lésées. Ce mode de recrutement comporte, par contre, la garantie d'une instruction générale et de connaissances professionnelles fort étendues. Même pour ceux qu'attire une *spécialisation chirurgicale qui tend à s'accroître davantage de jour en jour*, la voie des concours officiels reste une bonne école, car elle donne cette base essentielle d'instruction générale sans laquelle toute spécialisation ne saurait être qu'imparfaitement réalisée.

Il existe à Paris un centre anatomo-chirurgical d'instruction qui à ma connaissance, n'a pas son équivalent dans les autres pays : l'*Amphithéâtre d'Anatomie des Hôpitaux* (Clamart). Dans ce vieil établissement, dépendance de l'Administration hospitalière de l'Assistance Publique, et que beaucoup d'entre vous connaissent, car j'y ai rencontré beaucoup de collègues du Canada quand j'y étais prosecteur de 1924 à 1927, se donnent des cours de chirurgie, avec répétition sur le cadavre. Destiné primitivement à perfectionner les connaissances anatomiques des élèves des hôpitaux, aux temps lointains où Tillaux en était le directeur et s'y montra un enseignant hors de pair, cet établissement tend actuellement à devenir un véritable centre d'enseignement chirurgical, une école pratique de chirurgie. Des

cours de technique y sont donnés par des chirurgiens des hôpitaux et par les prosecteurs. Réservés primitivement aux Internes des hôpitaux, ils s'adressent maintenant à un auditoire moins restreint ; des cours de perfectionnement spécialisés (chirurgie d'urgence, chirurgie digestive, urinaire, osseuse, gynécologie, etc...) sont fréquentés assidûment par de nombreux confrères français et étrangers. Nommé au début de 1938 à la direction de cet Amphithéâtre, je compte en améliorer encore le fonctionnement et y organiser un enseignement adapté aux nécessités actuelles de la pratique chirurgicale. On ne saurait, évidemment, apprendre sur le cadavre toute la technique chirurgicale, mais il y a là des possibilités d'enseignement très intéressantes, surtout depuis que nous avons adjoint à cet établissement une installation de chirurgie expérimentale sur les animaux.

*Les installations matérielles des hôpitaux* ont bénéficié de récents et importants progrès, après un certain retard dû à la prolongation de la crise économique. Paris possède aujourd'hui d'importants bâtiments hospitaliers nouveaux, que nous avons maintes fois eu le plaisir de faire visiter à nos hôtes étrangers l'année dernière à l'occasion de l'Exposition Internationale et en particulier à ceux de nos amis Canadiens qui sont venus nous voir à ce moment. (Je me refuse à considérer nos frères du Canada français comme des Étrangers : ils sont plus français de race et de sentiments que pas mal, hélas, de mes compatriotes de « couche » plus récente et moins « vieille France » !) Citons, en particulier, le centre anticancéreux de Villejuif, le nouvel hôpital de l'Institut Curie, la fondation Foch du Mont-Valérien (destinée aux « classes moyennes »), l'immense bâtisse du nouvel hôpital Beaujon à Clichy, etc... Le « Nouveau Beaujon » s'apparente directement aux hauts « buildings » des États-Unis ; on y a réalisé de nombreuses innovations et la visite des différents services et spécialement des services généraux est fort intéressante. Personnellement, je me sens, dans cet immense hôpital, un peu « dépaycé » par tant d'étages, tant d'ascenseurs et de longs corridors : j'apprécie davantage l'intimité plus grande que donnent les petits pavillons de plain-pied, bien groupés autour d'un « bloc opératoire » et environnés de vertes frondaisons, créant, tant pour le chirurgien que pour les malades, une ambiance plus adaptée à nos mœurs françaises : mais sans doute suis-je un peu retardataire, pas assez « up to date » !

En matière de réalisations hospitalières nouvelles, la province ne le cède en rien à la capitale ; de gros efforts ont été faits récemment pour doter notre pays d'un équipement sanitaire très moderne. A Lyon l'hôpital de Grange-Blanche (hôpital Ed. Herriot) est un des plus vastes d'Europe ; à Lille s'édifie une immense cité sanitaire. Beaucoup de ces centres provinciaux comprennent des installations toutes neuves, qui mériteraient d'être

plus souvent visitées, tant par les Français eux-mêmes, d'ailleurs, que par les chirurgiens Étrangers.

L'importance et la complexité croissantes des méthodes d'exploration, les utilisations thérapeutiques des divers agents physiques ont modifié la disposition des installations hospitalières en multipliant les services annexes, les laboratoires, les salles d'investigations endoscopiques et biologiques, les installations de radio et de curiethérapie : l'engloutissement de gros crédits en fut la conséquence fatale. Or si l'installation matérielle est une chose fort importante en chirurgie, il semble qu'on a vu un peu trop grand, un peu trop « riche », il y a quelques années : les grands bâtiments ne sont pas tout ; les services hospitaliers s'accommodent fort bien, à mon avis, d'une certaine sobriété ; ils valent surtout par la « tête » qui les dirige et on me pardonnera d'afficher quelque scepticisme vis-à-vis de certaines tendances spectaculaires des chirurgiens qui ne sont jamais satisfaits de la grandeur et de la richesse de leurs locaux. « L'habit ne fait pas toujours le moine » et il ne faudrait tout de même pas oublier que la teinte avantageuse du carrelage des salles d'opérations ou l'impressionnante symphonie des reflets métalliques que nous renvoient les puissants appareils de radiothérapie n'est pas la juste mesure de la valeur d'une installation chirurgicale. *Ne doit-on pas juger avant tout de la valeur d'un service par « ce qui en sort » : le nombre des malades guéris (surtout les cas difficiles) et les idées nouvelles qui y ont vu le jour ?* Que de résultats magnifiques, que de découvertes mémorables, en chirurgie comme en biologie, sont sortis d'installations matérielles fort modestes !

Le luxe, la tendance au « grandiose » pour des installations hospitalières qui, à Paris ignorent encore les « trois classes » et s'adressent théoriquement à la clientèle indigente ou « économiquement faible » à laquelle les chirurgiens sont tenus de donner leurs soins gratuitement, n'ont-ils pas pour résultat fatal un « désaxage », une certaine démoralisation des masses populaires, lesquelles, regagnant leurs modestes logis afficheront trop aisément par la suite, un mécontentement, une humeur revendicataire, éléments certains de déséquilibre social ! La rigueur des temps actuels paraît ramener quelque sagesse et quelque modération dans les conceptions un peu trop dispendieuses, un peu trop « américanisées » des installations hospitalières conçues dans des temps d'une fallacieuse et temporaire prospérité !

Le travail effectué dans les nombreux centres hospitaliers parisiens est en grande partie communiqué à la doyenne de nos sociétés chirurgicales, l'Académie de Chirurgie. Elle groupe l'élite de nos chirurgiens ; c'est elle qui centralise et oriente en quelque sorte les travaux chirurgicaux français : la lecture de ses « Mémoires » donne un reflet fidèle des directives et des

tendances chirurgicales du moment. Fondée en 1731 sous le nom d'Académie Royale de Chirurgie, elle était devenue, par la suite, la Société Nationale de Chirurgie ; dans une séance inaugurale qui eut lieu à la Sorbonne le 5 février 1936, elle fêta avec éclat la résurrection de son ancien titre académique. A cette occasion fut rappelé le glorieux héritage que le passé nous a transmis ; de nombreux délégués représentant la plupart des nations étrangères vinrent rendre une sorte d'hommage solennel et international à la Chirurgie française. Comprenant d'après ses statuts 150 membres associés étrangers, l'Académie tient à entretenir avec ses collègues du monde entier des rapports étroits : ainsi elle a reçu officiellement en juillet 1937 une importante délégation du « Royal College of Surgeons » d'Angleterre, ayant à sa tête son Président Sir Cuthbert Wallace et nous devons rendre l'été prochain, à Londres, la visite que nous ont faite nos collègues de Grande Bretagne.

Le champ de la chirurgie s'élargissant sans cesse, les travaux chirurgicaux devenant de jour en jour plus complexes et la *spécialisation* s'imposant pour les différentes branches de notre art qui orientent leurs recherches dans un sens particulier, de *nouvelles sociétés spécialisées* sont nées, par exemple celles d'urologie, de gynécologie, de gastro-entérologie, d'orthopédie. La dernière en date est la société d'anesthésie. Beaucoup d'entre elles sont médico-chirurgicales et permettent une collaboration avec des médecins compétents ; d'autres plus spécifiquement médicales comme celles de biologie, de neurologie, de pédiatrie, de médecine légale sont fréquentées par des chirurgiens plus particulièrement spécialisés. Chacune d'elles publie des *bulletins*, mais il est exceptionnel qu'une découverte ou un fait de quelque importance touchant ces différentes spécialités ne trouve pas un écho à notre Académie de chirurgie.

Les *publications chirurgicales* françaises sont innombrables et c'est là un écueil, en France comme ailleurs : la littérature professionnelle est trop éparpillée, c'est le cauchemar des travailleurs et des bibliographes ! A côté des *livres* et des *gros traités*, de nombreuses *monographies* paraissent continuellement et plus que jamais semble sévir le prurit d'écrire ! Parmi les *thèses chirurgicales*, principalement celles des Internes des Hôpitaux, on rencontre fréquemment des travaux de grande valeur mettant au point une question nouvelle ou d'actualité. Il est malheureusement difficile aujourd'hui de mener à bien la lourde tâche de rédiger seul un traité chirurgical de quelque importance : la plupart d'entre eux sont le fruit d'une collaboration souvent exagérément multipliée ; ils sont de ce fait assez inégaux et fréquemment « incolores ». Il est bien difficile de procéder autrement pour achever une pareille besogne dans des délais susceptibles de satisfaire les éditeurs qui craignent que l'ouvrage soit déjà démodé quand ils pourront



le mettre en vente : les idées comme les techniques se modifient rapidement, la vie passe à un rythme si accéléré, aux temps où nous vivons ! Et pourtant quelle valeur considérable présentent les ouvrages vraiment personnels qui résument l'expérience d'un seul homme de talent ! « *Timeo hominem unius libri* » ! La chirurgie d'urgence de Lejars, la chirurgie infantile de Broca, le livre plus récent de mon collègue et ami Mondor sur les Diagnostics urgents des affections de l'abdomen resteront à mon sens des modèles, ils ont une autre allure, une autre personnalité que tant de grosses compilations trop anonymes.

Parmi les plus importantes publications récentes nous devons vous signaler la *Nouvelle Pratique Médico-Chirurgicale* (8 volumes) et le *Traité de chirurgie orthopédique* (5 volumes). Deux précis excellents viennent de paraître chez Masson : le *Précis de pathologie chirurgicale* et le *Précis de diagnostic chirurgical* (publié sous la direction du Pr. Lenormant). Une innovation fort intéressante est cette *Nouvelle Encyclopédie médico-chirurgicale* paraissant aux « Editions Techniques », pour laquelle des fascicules mobiles interchangeables permettent une constante mise à jour de l'ouvrage : les fractures, la chirurgie digestive, en particulier y sont fort bien présentées, avec de très belles figures radiographiques.

Les congrès se sont multipliés en France en 1937, à l'occasion de l'Exposition Internationale. Au 46<sup>me</sup> Congrès français de Chirurgie les trois questions à l'ordre du jour furent : 1°) la physiologie pathologique et le traitement des brûlures cutanées étendues récentes ; 2°) les embolies artérielles des membres — physiologie pathologique et traitement ; 3°) les indications relatives de l'intervention sanglante et des méthodes orthopédiques dans les fractures diaphysaires fermées de la jambe. Les questions proposées pour le congrès de 1938 sont : 1°) les septicémies à staphylocoques d'ordre chirurgical — formes cliniques et traitement ; 2°) le traitement des fractures fermées et récentes du rachis ; 3°) les tumeurs conjonctives primitives et malignes des parties molles des membres. On voit, par ce simple énoncé, dans quels sens fort divers s'orientent les préoccupations chirurgicales actuelles. Les sociétés spécialisées elles aussi ont eu l'année dernière leurs congrès particuliers : ainsi la Société de gastro-entérologie mit au point le diagnostic précoce du cancer de l'estomac. A Vichy se tinrent d'importantes assises consacrées à la lithiase biliaire et aux affections hépatiques.

Pour vous donner quelque idée des QUESTIONS D'ACTUALITÉ qui ont particulièrement retenu notre attention au cours de l'année dernière, je ne ferai que citer quelques-unes des communications et discussions les plus importantes de l'Académie de Chirurgie. Elles ont porté sur la *maladie postopératoire* et son traitement, le *Syndrôme pâleur-hyperthermie du nourrisson*, les *infarctus viscéraux* : poumon, intestin, (traitement par l'adrénaline de certains in-

farctus intestinaux), appareil génital de la femme (j'avais, il y a quelques années, recueilli personnellement les deux premières observations françaises d'*infarctus utéro-annexiels*), pancréas ; les formes graves d'*ostéomyélite*, les *traumatismes cérébraux*, les *embolies artérielles des membres*, la *maladie de Volkmann*, les *endométrïomes*... etc. Des questions plus classiques comme la *chirurgie du corps thyroïde*, la *technique des gastrectomies*, ont connu un nouveau regain d'actualité. De même la *chirurgie physiologique* dans ses différents modalités, chirurgie des glandes endocrines, du sympathique, novocainisations périorbitales... etc., a continué à préciser ses indications. J'ai publié avec mon collaborateur R. Rivoire un livre sur la *Chirurgie des Glandes parathyroïdes* (Masson édit.) où j'ai développé les éléments de mon rapport au dernier Congrès International de Chirurgie (le Caire 1935-36). Le brillant animateur qu'est le professeur R. Leriche a réuni dans un beau livre des vues fort intéressantes autant qu'originales sur la *chirurgie de la douleur*.

Pour résumer les *tendances actuelles de la chirurgie en France* nous dirons qu'elle s'oriente beaucoup vers la *spécialisation* et qu'elle s'adapte de plus en plus au *travail en équipe*. Ce dernier résulte d'une évolution générale un peu fatale et qui s'apparente au travail en série « à l'américaine ». Il va à l'encontre de nos habitudes anciennes, des tendances traditionnelles qui faisaient d'ordinaire des chirurgiens de farouches individualistes, lesquels s'apparentaient aux habiles artisans des corporations d'autrefois. Convient-il de nous louer de cette tendance actuelle ? Elle a, comme toute chose, ses bons et ses mauvais côtés ; à notre avis il ne faut retenir de ce travail un peu « mécanisé », un peu « usinier » que ce qui est favorable à une meilleure organisation, une meilleure répartition, un meilleur rythme et partant, à un rendement accru. On ne doit pas trop avoir la hantise de la statistique. On aurait tort d'abuser de cette « *taylorisation* » poussée à l'extrême et qui réduirait le chirurgien au rôle exclusif de manœuvre, travaillant comme « à la chaîne ». Il deviendrait une manière d'exécuteur automatique et anonyme des décisions de cliniciens médicaux spécialisés, trieurs de malades : notre art ne pourrait y gagner qu'une trop certaine déchéance et un rapide discrédit. Ce serait l'appauvrissement certain de la valeur intellectuelle du chirurgien, comme du niveau social et moral de notre profession.

Nous en arrivons à la question épineuse de l'*exercice actuel de la chirurgie* et du *retentissement des temps nouveaux sur les mœurs professionnelles*. On ne saurait soutenir que notre profession a échappé au malaise général : les années « *troublées* » que nous vivons ont atteint durement des professions qui n'ont plus guère de « *libérales* » que le nom. Beaucoup de réformes sociales se sont faites à notre détriment ou comme nous disons familièrement « *sur le dos* » des chirurgiens. Les assurances sociales, la mutualité, les grandes compagnies, les grands centres industriels, les hôpitaux qui ne



ont pas fréquentés par les seuls indigents, ont aiguillé l'exercice de la chirurgie vers une fonctionnarisation, tantôt plus ou moins bien dissimulée, tantôt complète. La quantité a été trop souvent substitué à la qualité. Cette démocratisation de la chirurgie a résulté en grande partie de la *pléthore professionnelle*. On a eu le tort de fabriquer des chirurgiens en série, sans attacher suffisamment d'importance à leur valeur et sans songer à en limiter le nombre. C'est là la grande cause, d'ailleurs mondiale, d'une certaine démoralisation de la profession dont on ne saurait contester la réalité. La question est complexe. Nous vivons sous le signe de la bienfaisance, de la philanthropie ; elles n'ont été que trop fréquemment exploitées, il faut le reconnaître, aussi bien par les pouvoirs publics et les collectivités que par les individus. Notre clientèle privée s'est restreinte chaque jour, au fur et à mesure que des difficultés financières croissantes atteignaient davantage des couches sociales autrefois aisées. L'ère de la chirurgie « mine d'or » dont l'existence au siècle dernier a souvent tenu d'ailleurs à la légende plus qu'à la réalité, est définitivement close. Il faut reconnaître que certains chirurgiens ont manifesté des besoins d'argent et étalé un train de vie un peu excessif, au moment où les difficultés financières n'avaient pas encore étendu leurs ravages. Certaines réclames tapageuses, certains procédés trop commerciaux d'« aspiration » des malades qui eussent été autrefois durement stigmatisés, ont amené, la chose n'est que trop certaine, une déconsidération de notre profession de la part d'un public enclin à généraliser et qui semble ne pas s'être lui-même très amélioré moralement ?

On aurait tort de généraliser, mais on est tenu de constater hélas, que les temps actuels sont devenus peu propices aux recherches et aux travaux désintéressés. Il convient, à coup sur, de souhaiter que le retour à la sagesse d'un monde en folie rende à une profession magnifique, la plus belle de toutes sans doute, les traditions d'honneur et de probité qu'un glorieux passé nous avait léguées et qui, dépôt sacré de nos grands devanciers, n'auraient jamais dû se laisser entamer comme elles l'ont été malheureusement dans ces dernières années.

Prononçant dernièrement, à l'Académie de Médecine l'éloge de Tillaux, mon excellent et éminent ami le Professeur Cunéo exprimait ainsi la pensée que lui avait inspirée, lors d'une visite à l'Amphithéâtre des Hôpitaux, la contemplation de la belle statue de son vieux maître « Je me demandais ce que pourrait penser cet austère représentant de la chirurgie de la fin du siècle dernier s'il voyait ce qu'est devenue la chirurgie de l'heure actuelle, envisagée non pas du point de vue technique, mais du point de vue de sa tenue et de sa moralité. Ce qu'il en penserait, il vaut peut-être mieux n'en rien dire. Mais je voudrais que, lorsque de jeunes étudiants passent au pied de la statue de Tillaux, ils ne songent pas seulement au grand anatomiste,

au grand chirurgien, au grand professeur que fut ce Maître, mais qu'ils pensent aussi à l'exemple de droiture, d'honnêteté, de haute conscience que constitue toute sa vie.»

Je m'en voudrais de terminer ma lettre sur ces réflexions un peu amères. Nous avons heureusement des raisons d'espérer des temps meilleurs. La chirurgie française n'est pas celle d'un pays qui se laisse abattre.

Une bonne nouvelle à vous annoncer est la récente nomination du Professeur Leriche, de Strasbourg, à l'illustre Chaire de Médecine du Collège de France où brillèrent Magendie, Claude-Bernard, Brown-Séquard, d'Arsonval et plus récemment H. Vincent et Charles Nicolle. Cet heureux choix nous valu le 29 janvier dernier, devant une salle comble, une magnifique leçon inaugurale émaillée d'aperçus originaux et de perspectives intéressantes sur l'avenir et les buts prochains de la chirurgie.

Il y a encore parmi nous des chercheurs, des esprits d'avant-garde, de puissants animateurs qui tiennent haut le flambeau de la chirurgie et le transmettront aux nouvelles générations qui montent.

Dans les temps « troubles » où nous vivons, c'est un puissant réconfort pour nous, Français de France, que de reporter nos pensées vers nos frères Canadiens français, vieux Français de la « Nouvelle-France », auxquels j'adresse, de tout cœur, toute mon affectueuse et dévouée sympathie.

Avril 1938.

Docteur Jean BRAINE.

*Chirurgien des Hôpitaux de Paris ;  
Directeur de l'Amphithéâtre d'Anatomie ;  
Membre de l'Académie de Chirurgie.*

## BIBLIOGRAPHIE

---

LA RADIOKYMOGRAFIE DU CŒUR ET DES VAISSEAUX, par Émile BORDET et J. FISCHGOLD. Un volume de 134 pages avec 66 figures. (Collection Médecine et Chirurgie : recherches et applications). Prix : 30 fr. Chez *Masson & Cie, éditeurs*, Libraires de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Cette nouvelle méthode a fait l'objet de nombreux travaux tant à l'étranger qu'en France ; mais aucun ouvrage d'ensemble n'avait encore été publié chez nous. MM. Bordet et Fischgold ont pensé qu'il était opportun d'exposer, dans un livre relativement court et aussi clair que possible, l'état actuel de la question. Ils ne se sont pas bornés à une simple mise au point ; ils ont fait appel à une critique raisonnée ou à leur expérimentation. Ils ont, de plus, apporté leur contribution personnelle par les travaux qu'ils poursuivent depuis plusieurs années dans les laboratoires de la Pitié et dont ils ont classé et résumé les résultats.

Les premiers chapitres concernant la technique radiokymographique et la lecture des crochets ou des courbes à l'état normal, et qui sont les plus ardues pour le médecin non spécialisé, sont traités dans un esprit de simplification qui n'exclut pas la précision désirable. L'importance de la méthode apparaît dès qu'on aborde l'étude des principales affections du cœur. Les courbes de l'aorte et de l'artère pulmonaire dans les états pathologiques retiennent fortement l'attention car elles fournissent sur les modifications des battements, sur la dilatation et la locomotion des artères, des indications du plus vif intérêt.

On ne peut interpréter convenablement la séméiologie cardio-casculaire qu'à la lumière de la physiologie, aussi trouvera-t-on des renseignements utiles dans les chapitres concernant les données fondamentales et les varia-

tions physiologiques de la dynamique ventriculaire. On constatera que la radiokymographie donne la possibilité d'objectiver, chez l'homme, les variations du résidu post-systolique, l'état de la tonicité diastolique et de vérifier le comportement de la loi de Starling au cours des épreuves fonctionnelles (épreuve de Valsava, excitation du parasympathique).

MM. Bordet et Fischgold n'ont pas limité leurs recherches à la physiologie normale. Ils ont étudié les anomalies des battements, dégageant ainsi certains signes d'intérêt pratique pour la clinique. Ils ont démontré que par l'épreuve de l'exercice, les films radiokymographiques peuvent établir le degré de suffisance ou d'insuffisance du tonus myocardique. Ils ont étudié au cours de leur dernier chapitre les variations du résidu postsystolique dans les différents stades des dilatations du cœur.

Ce livre apporte donc sous une forme concise les éléments susceptibles de faire connaître une méthode dont l'utilisation s'impose en clinique, méthode de radiologie dynamique qui est le complément indispensable de la radiologie statique du cœur et des vaisseaux.

**MALADIE HYPERTENSIVE ET SYNDROMES D'HYPERTENSION,**  
par A. DUMAS, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, médecin des hôpitaux de Lyon. Un volume de 136 pages (Collection « Médecine et Chirurgie : recherches et applications No 6). Prix : 22 fr. Chez *Masson & Cie, éditeurs*, Libraires de l'Académie de Médecine, 120 Boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans ce petit volume, l'auteur apporte un peu de clarté dans le lot compact des affections hypertensives. Il montre la place prépondérante qu'occupe la maladie hypertensive au milieu des autres syndromes tensionnels. L'ouvrage est divisé en trois parties : hypertensions symptomatiques, syndromes hypertentifs et enfin hypertension chronique progressive ou maladie hypertensive.

L'élimination préalable des hypertensions symptomatiques et des syndromes hypertentifs permet à l'auteur de préciser mieux le caractère si spécial de la maladie hypertentive et de la différencier des autres états hypertentifs qui peuvent parfois la simuler. Elle est caractérisée cliniquement par ses trois phases successives d'évolution : phase solitaire, phase troublée, phase d'involution. Il importe essentiellement de la distinguer des autres états tensionnels dont l'évolution est régie par la maladie qui les commande.

Comme l'auteur le dit dans l'introduction « l'importance de cette distinction est très grande aussi bien au point de vue clinique que thérapeutique. Ce n'est pas parce que la maladie hypertensive manque encore d'une sanction pathogénique précise, ni parce qu'on ne lui a pas encore reconnu une formule humorale caractéristique et constante, qu'il faut lui refuser une individualité clinique dans le chapitre des maladies diathésiques. »

Grâce à ce petit ouvrage la distinction entre l'hypertension essentielle et les hypertensions symptomatiques devient facile pour la plus grande commodité et du malade et de celui qui est appelé à le soigner.

**CONSULTATIONS DE CARDIOLOGIE**, par Georges MARCHAL, médecin de l'Hôpital Tenon. Préface du docteur LAUBRY. Un volume de 228 pages (Collection du Médecin Praticien). Prix : 25 fr. Chez *Masson & Cie, éditeurs*, Libraires de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre réunit sous la forme de trente consultations les principales affections du cœur que le médecin peut être appelé à rencontrer en clientèle. Ces observations ne valent pas seulement par la façon dont elles ont été choisies et recueillies. Elles valent aussi par les réflexions qui les entourent, par les discussions dont elles sont un prétexte, par les conseils thérapeutiques qui les couronnent. L'auteur en effet indique dans chaque cas ce que doit être l'examen pour arriver au diagnostic, ainsi que la thérapeutique qui s'impose.

Le lecteur est ainsi conduit au travers des lésions valculaires, des endocardites évolutives et infectieuses, des aorto-myocardites ; l'auteur lui donne une vue suffisante et compréhensive des principales arythmies, il offre des exemples curieux de différentes insuffisances ventriculaires, il montre enfin les marques trompeuses que révèlent les neurotonies, il en indique la fréquence et souligne l'importance en cardiologie des facteurs purement fonctionnels. Ainsi ce livre de pratique courante permet de faire le tour de la pathologie cardiaque contemporaine rénovée à la faveur de nos méthodes d'investigation.

**CONFÉRENCES CLINIQUES DE MÉDECINE INFANTILE**. (Quatrième Série). Par le Docteur H. GRENET, médecin de l'Hôpital Bretonneau. Un volume (25x16,5), 340 pages, 52 figures, 1936. Prix : Broché :

40 fr. ; Relié toile : 60 fr. Chez *Vigot Frères, éditeurs*, 23, Rue de l'École-de-Médecine, Paris (VIe).

Ces Conférences qui ont été faites à l'Hôpital Bretonneau, sont conçues dans un but pratique. Par des observations cliniques et des exemples tirés de la pratique de l'auteur, le lecteur est mis directement en présence des difficultés de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique. Certains des sujets étudiés ont été renouvelés par des travaux récents : on s'est efforcé d'en donner une mise au point claire et impartiale. Ces leçons sont rédigées dans un esprit clinique qui, nous l'espérons, en rendra la lecture facile, et les fera bien accueillir des élèves et des médecins soucieux de se familiariser avec les difficultés de la pathologie infantile.

Pour les étudiants auxquels cet ouvrage est spécialement destiné, l'auteur a pensé qu'il serait utile de rappeler quelques règles de déontologie : elles sont exposées, à partir de la deuxième série de conférences, dans une leçon publiée sous forme d'avant-propos.

Conférences contenues dans ce volume :

Avant-Propos. — Le secret médical. — I. Les formes chroniques et curables de la tuberculose miliaire chez l'enfant. — II. Les abcès du poumon chez les enfants. — III. Les tumeurs du médiastin chez l'enfant. — IV. Les brûlures chez l'enfant. — V. Rhumatisme et scarlatine. — VI. Le diagnostic de la scarlatine. — VII. Le rachitisme (1re leçon, Notes cliniques). — VIII. Le rachitisme (2e leçon, Causes et traitement). — IX. Sur la dysostose cranio-faciale et sur quelques anomalies craniennes. — X. La neurofibromatose chez l'enfant. — XI. Les hémorragies méningées chez les enfants. — XII. Les splénomégalies de l'enfance. — XIII. La syphilis acquise chez l'enfant. — XIV. Le traitement de la syphilis chez l'enfant.

**LA RÉVOLUTION ALIMENTAIRE ACTUELLE.** Ses conséquences biologiques. Par le Dr Géo. BELTRAMI, professeur à la Faculté de Médecine de Marseille, Docteur ès sciences économiques. Illustrations par R. MAURECH, Directeur de l'École Dentaire de Marseille. In 8° raisin de 208 pages, 60 figures, 1936. Prix : 30 fr. Chez *Vigot Frères, éditeurs*, 23 Rue de l'École-de-Médecine, Paris (VIe).

L'alimentation est un facteur primordial de la morphologie dento-maxillaire qui, à son tour, conditionne la morphologie générale. Pour vivre, l'animal doit s'assimiler les corps vers lesquels il est attiré par tropisme,

les triturer, se forger, à la longue des millénaires, un système dentaire qui le lui permette.

La dent, le paradontium, les maxillaires sont des réactions constructives en réponse aux excitations fonctionnelles transmises aux tissus par les efforts de l'animal pour utiliser certains produits du sol.

A l'origine, le type dentaire était purement préhensile comme on le trouve chez la plupart des Poissons et des Reptiles.

Une Révolution s'accomplit sur la Terre au commencement des temps tertiaires par le développement des graminées auquel répondit une nouvelle fonction physiologique : la Mastication, qui contribua puissamment à la formation du Mammifère. De ce type originel, les différents modes alimentaires façonnèrent les dents perçantes des Insectivores, tranchantes des Carnivores, râpantes des Rongeurs, broyantes des Omnivores, triturantes des Herbivores. Le non-usage entraîne la perte de certaines dents, la modification de leurs formes ou leur disparition totale, comme chez la Baleine et le Fourmilier.

L'Homme est un Primate. A l'origine, comme eux il était frugivore, mais une première Révolution alimentaire pendant la période Glaciaire, le contraignit au carnivorisme. Quelques centaines de siècles plus tard, il devint agriculteur et inventa la Cuisine.

A chacune de ces étapes correspond un type morphologique.

Aujourd'hui, une Révolution Alimentaire aussi profonde que celles du Paléolithique et du Néolithique se produit à notre insu.

L'Industrie, fille de la science moderne, née au début du XIXe siècle, bouleversa progressivement nos habitudes alimentaires. Nous ne mangeons plus les mêmes choses que nos aïeux et celles que nous consommons sous les mêmes noms sont tout à fait autres. Nous mangeons mou, nous mangeons mort, nous mangeons vite, nous mangeons mal.

Dans nos pays, en 100 ans, la consommation individuelle a plus que sextuplé. Ces excès de quantité et de qualité ont créé des troubles humoraux multiples, les maladies de la Nutrition: Obésité, Diabète, Arthritisme. Mais ils ont aussi une influence directe manifeste sur le système dento-maxillo-facial. Le rhino-pharynx s'atrophie, s'infecte, ouvre la porte à toutes les infections, la dent s'altère, se carie, tombe par pyorrhée alvéolaire. La

dentition entière s'amoindrit dans l'espèce. Les dents de sagesse disparaissent, d'autres suivent ce mouvement régressif.

La Révolution Alimentaire que nous vivons est en train de bâtir un nouveau type humain dont on peut déjà prévoir les directives en constatant ses premières altérations.

L'Auteur a longuement développé toutes ces idées apportant une documentation extrêmement riche. Les illustrations, faites par un professionnel éminent qui allie les connaissances scientifiques précises à l'art de les exposer, apportent une lumière démonstrative.

Cet ouvrage sera lu avec le plus grand profit non seulement par les naturalistes, paléontologistes, hygiénistes, médecins et dentistes, mais aussi par toutes les personnes cultivées que les problèmes de la destinée humaine intéressent.

VO

UN I

P  
des ma  
la que  
problè  
longre  
des ar  
notabl  
C  
le seu